



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**NARRATIVAS SOBRE SALUD MENTAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD
QUE HAN TENIDO A SU CARGO LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DEL
CONFLICTO ARMADO.**

HOSPITAL MEISSEN, BOGOTÁ, 2015.

Carolina Álvarez Vanegas

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría
Bogotá, Colombia
2016

**NARRATIVAS SOBRE SALUD MENTAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD
QUE HAN TENIDO A SU CARGO LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DEL
CONFLICTO ARMADO.**

HOSPITAL MEISSEN, BOGOTÁ, 2015.

Carolina Álvarez Vanegas

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Psiquiatría

Directora:

Médica. ESP. MgSc. PhD., Zulma Consuelo Urrego Mendoza

Línea de Investigación: Conflicto Armado y Salud
Grupo de Investigación en violencia y salud

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría
Bogotá, Colombia

2016

Resumen

El conflicto armado en Colombia existe hace más de 50 años, dejando consecuencias funestas en la población civil. El trabajo actual busca conocer las narrativas de los trabajadores de la salud involucrados en la atención a víctimas del conflicto armado, en torno a cómo comprenden la salud mental, el impacto percibido en la salud mental de esta población y la interacción entre su propia salud mental y las condiciones relativas a su ocupación. Se realizaron entrevistas a profundidad a 14 profesionales de la salud del Hospital Meissen en el año 2015. Se utilizó la metodología cualitativa, de corte narrativo; las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas manualmente. Dentro de los resultados se encontró que las manifestaciones emocionales más frecuentemente encontradas por los entrevistados en las víctimas del conflicto armado, fueron principalmente síntomas y trastornos de ansiedad y depresión, pero se mencionó la resiliencia como una característica en ellos. En lo referente a las manifestaciones en la salud mental de los entrevistados, se mencionaron con más frecuencia la frustración, tristeza e impotencia, sin presentar trastornos psiquiátricos. Se evidenció insatisfacción con la falta de estrategias de prevención y protección de la salud mental de estos trabajadores, por parte del Hospital, por lo que cobra importancia la visibilización de este malestar.

Palabras clave: violencia, salud mental, víctimas, conflictos armados, salud laboral, investigación narrativa, resiliencia (DeCS).

Abstract

The armed conflict in Colombia has existed for more than 50 years, leaving fatal consequences in the civil population. The current work seeks to know the narratives of health workers involved in the care of victims of armed conflict, about how they understand mental health, the perceived impact on the mental health of this population and the interaction between their own mental health and the conditions related to their occupation. It was conducted in-depth interviews with 14 health professionals at the Meissen Hospital in 2015. The qualitative methodology was used, with a narrative approach; The interviews were recorded, transcribed and analyzed manually. Within the results, it was found that the emotional manifestations most frequently encountered by the interviewees in the victims of the armed conflict were mainly symptoms and disorders of anxiety and depression, but resilience was mentioned as a characteristic in them. Regarding the manifestations in the mental health of the interviewees, frustration, sadness and impotence were mentioned more frequently, without presenting psychiatric disorders. Dissatisfaction with the Hospital, because of the lack of prevention strategies and protection of their mental health, was mentioned by these health workers, which is why it is important to make this malaise visible.

Keywords: violence, mental health, victims, armed conflict, occupational health, narrative research, resilience (DeCS).

Contenido

	Pág.
Resumen	3
Lista de figuras.....	7
Lista de tablas	8
Lista de abreviaturas.....	9
Introducción	10
1. Capítulo uno: Planteamiento del problema	12
1.1 Pregunta de investigación	12
1.2 Objetivos	12
1.2.1 Objetivo general.....	12
1.2.2 Objetivos específicos	12
1.3 Justificación.....	13
2. Capítulo dos: Marco teórico	15
2.1 Conflicto armado, victimización y violencias	17
2.2 Salud y enfermedad mental en el marco del conflicto armado.....	22
2.3 Narrativas e investigación en salud	33
2.4 Fenomenología, hermenéutica y narratividad.....	34
3. Capítulo tres: Diseño metodológico	36
3.1 Estrategias y técnicas para la recolección y procesamiento de la información .	38
3.2 Estrategias y técnicas para el análisis de la información	39
3.3 Estrategias para asegurar el rigor de la investigación	40
4. Capítulo cuatro: Consideraciones éticas	42
5. Capítulo cinco: Resultados	44
5.1 Narrativas generales sobre salud mental que manejan los trabajadores de la salud encargados de atender población víctima del conflicto armado en el Hospital Meissen	45
5.2 Narrativas de los trabajadores de la salud que atienden víctimas del conflicto armado, sobre la evolución y las vivencias de estos pacientes a lo largo del proceso de atención	55
5.3 Narrativas de las vivencias que experimentan los trabajadores de la salud en el marco de su ocupación y la influencia percibida en su propia salud mental	82
6. Capítulo seis: Discusión.....	104
7. Capítulo siete: Conclusiones	114
A. Anexo: Guía de entrevista focalizada	117

B. Anexo: Formato de consentimiento informado	120
Bibliografía	124

Lista de figuras

	Pág.
Figura 5 - 1: Concepto de salud mental en profesionales de la salud del Hospital Meissen, 2015	54
Figura 5 - 2: Salud mental en población víctima del conflicto armado según trabajadores de la salud del Hospital Meissen, 2015	81
Figura 5 - 3: Vivencias de los trabajadores de la salud en el marco de atención a víctimas, Hospital Meissen 2015.	103

Lista de tablas

Pág.

Tabla 3 - 1: Niveles estructurales considerados para asegurar la heterogeneidad de la muestra.....	38
Tabla 3 - 2: Pasos para el análisis manual de la información según Colazzi	40
Tabla 3 - 3: Caracterización sociodemográfica de las personas entrevistadas.....	44

Lista de abreviaturas

Abreviatura	Término
PAPSIVI	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas
E.S. E	Empresa Social del Estado
SIVIC	Sistema de información para Víctimas
OMS	Organización Mundial de la Salud
RUV	Registro Único de Víctimas
	Sistemas Nacional de Atención Integral a la Población
SNAIPD	Desplazada
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
ELN	Ejército de Liberación Nacional
AUC	Autodefensas Unidas de Colombia
BACRIM	Bandas Criminales Emergentes
EPL	Ejército Popular de Liberación
ERG	Ejército Revolucionario Guevarista
ERP	Ejército Revolucionario del Pueblo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
PTSD	Post-traumatic Stress Disorder

Introducción

Uno de los determinantes más importantes de salud y salud mental en nuestro país es el denominado conflicto armado. Este proceso ha existido en Colombia desde hace algo más de 50 años y la población civil ha sido víctima de las consecuencias funestas que trae consigo esta situación interna, consecuencias tales como desplazamiento forzado, extorsiones, asesinatos, delitos sexuales, entre otras violaciones a derechos humanos, cuyas denuncias en su mayoría quedan en la oscuridad a falta de entes nacionales que se encarguen de hacer valer los derechos de este tipo de población (Sánchez Padilla, Casas, Grais, Hustache, & Moro, 2009). De lo anterior se puede inferir que esta población involucrada se ve expuesta a diferentes situaciones ultrajantes que podrían impactar de diferentes maneras su salud mental, por un lado, propiciando la aparición de psicopatología, pero por el otro generándose fortalecimiento psíquico a través de la resiliencia, la cual, según Fraser, Richman y Galinsky (1999), supone recobrarse y superar los obstáculos, permanecer competentes bajo situaciones de estrés y presión y sobreponerse a una situación traumática adaptándose exitosamente a los circunstancias adversas de la vida (Villalba Quesada, 2004).

Se debe tener en cuenta que esta población se enfrenta a nuevas exigencias que traen consigo el residir en un lugar nuevo, en el caso de las víctimas desplazadas, con la subsiguiente necesidad de adaptación a una cultura ajena, a una nueva situación laboral

y a establecer nuevas relaciones interpersonales (Rojas Andrade & Hurtado, 2014).

Por lo general, los desplazados se deben reubicar en zonas de bajos recursos y con condiciones sanitarias precarias, permitiendo el menoscabo de su salud, tanto física como mental (Vázquez Navarrete, Mogollón Pérez, & García Gil, 2003). Aunque algunas víctimas llegan a desarrollar algún trastorno psiquiátrico y disfunción social significativa, toma importancia la historia de vulnerabilidad psicológica previa a la situación de conflicto como un factor de riesgo y un elemento determinante cuando se habla de resiliencia. Además, incuestionablemente, un factor de protección primordial es la presencia de una comunidad que pueda prestar apoyo y fomento estrategias que permitan la resolución de problemas (Summerfield, 2000). Así como se debe tener en cuenta que esta población es más vulnerable a presentar manifestaciones emocionales como temor, desconfianza, estrés, así como síntomas ansiosos y depresivos (Wilches, 2010).

Siendo los servicios de salud una de las principales redes con las que tiene contacto frecuente esta población, resulta interesante e importante estudiar cómo se da la interacción con los profesionales de la salud y que consecuencias, tanto positivas como negativas, conlleva el hecho de trabajar con víctimas del conflicto armado, a nivel de salud física y mental.

1. Capítulo uno: Planteamiento del problema

1.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las narrativas que elaboran los profesionales de la salud que han tenido a su cargo la atención de población víctima del conflicto armado en el Hospital Meissen, sobre la salud mental de estas personas y sobre su propia salud mental en el marco de la realización de su ocupación?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Develar las narrativas que elaboran los profesionales de la salud que han tenido a su cargo la atención a víctimas del conflicto armado en el Hospital Meissen, sobre la salud mental de estas personas que allí se atienden, y sobre su propia salud mental en el marco de la realización de su ocupación.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Explorar las narrativas generales sobre salud mental que manejan los trabajadores de la salud que atienden población víctima del conflicto armado en el Hospital Meissen.

2. Reconocer las narrativas de los trabajadores de la salud que atienden víctimas del conflicto armado, sobre la evolución y las vivencias de estos pacientes a lo largo del proceso de atención.
3. Conocer las narrativas de las vivencias que experimentan estos trabajadores de la salud en el marco de su ocupación y la influencia percibida en su propia salud mental.

1.3 Justificación

Se ha descrito en diferentes textos la importancia que tiene la atención en salud y a nivel psicosocial dirigida a la población víctima de conflicto armado. Por esto, en la ley de víctimas se hizo énfasis en la importancia de la atención biopsicosocial integral, creando en el año 2012 el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual hace parte de las medidas de asistencia y rehabilitación a las víctimas (Unidad para la Atención y Reparación Integral a Víctimas, s.f.). En este punto, los profesionales de la salud juegan un papel importante, dada la necesidad del cuidado de su salud física y mental y las posibles comorbilidades que pueda presentar esta población.

Teniendo en cuenta la salud mental en las víctimas como punto de partida, se hace obligatorio entonces, la consideración sobre cómo se ve afectada la salud mental de los profesionales de la salud vinculados a las labores de atención a población víctima del conflicto armado. Igualmente, explorar como el conflicto armado ha tenido impacto en las personas, directa e indirectamente, es decir tanto en personas expuestas a la victimización

como en estos profesionales de la salud que los atienden. Se escoge entonces el Hospital Meissen II nivel E.S.E para realizar el estudio, debido a que, además de contar con un personal de salud variado, se encuentra ubicado en la localidad con mayor asentamiento de población desplazada en Bogotá (Ciudad Bolívar), en la cual, para el año 2013 se identificaron 3.439 víctimas, las cuales se encontraban registradas en el Sistema de Información para Víctimas SIVIC BOGOTÁ (Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación, s.f.).

El presente trabajo también puede ayudar a visibilizar el grado de preparación de los profesionales de la salud para enfrentarse al eventual posconflicto, dado que no hay descrita mucha literatura al respecto en nuestro país, además la población víctima del conflicto armado, así como los victimarios, pueden tener necesidades diferentes a nivel de salud en comparación con otras poblaciones, para las cuales no todo el personal de salud se encuentra preparado, o dispuesto a enfrentar o proporcionar atención. Esto, aunado al escaso conocimiento y manejo del PAPSIVI por parte del área de la salud, a pesar de ser un documento de referencia en el tema, y asociado también a la falta de guías de atención estandarizadas en cada uno de los niveles de atención, en salud física y salud mental (Radio Macondo, 2016).

Surge, además la inquietud de conocer qué medidas preventivas toman estos profesionales en lo referente a su salud mental y que mecanismos de adaptación utilizan cuando se ven afectados emocionalmente como consecuencia del ejercicio de su labor.

Finalmente, cabe mencionar la importancia de la exploración sobre afectación de la salud mental en poblaciones diferenciales y contextos laborales.

2. Capítulo dos: Marco teórico

Para empezar, parece importante dejar claros algunos términos:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Más específicamente define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f.).

Dentro de la normatividad colombiana en salud mental, la ley 1616 del 21 de enero de 2013 afirma que es un estado dinámico que se refleja en la vida diaria y el cual posibilita el hacer uso de todos los recursos psíquicos con los que cuenta un individuo, permitiendo finalmente la realización de actividades como trabajar, relacionarse con otros y el dar una contribución a la sociedad en la cual se sitúa (Congreso de la República de Colombia, 2013).

En la Guía del Comité Permanente entre Organismos se hace referencia a la salud mental y a la importancia del apoyo psicosocial, el cual va dirigido a preservar el bienestar integral, así como establecer medidas de prevención y tratamiento a los pacientes con enfermedades mentales (Comité Permanente Entre Organismos [IASC], 2007).

Según la página web del Registro Único de Víctimas (RUV), a nivel nacional el total de víctimas del conflicto al primero de septiembre de 2016 es de 7.900.102 personas. El total de algunos hechos victimizantes para la misma fecha fue: desplazamiento 6.937.205; homicidio 978.906; desaparición forzada 164.238; secuestro 33.511; delitos contra la integridad sexual 16.238 (Unidad Para las Víctimas, 2016).

Los departamentos con mayor número de personas afectadas por desplazamientos entre los años 1984 a 2012, según el Registro Único de Víctimas son: Antioquia 919.849; Bolívar 398.777; Magdalena 315.106; Chocó 275.831; Nariño 257.234 (Verdad Abierta, 2012).

Aquí es donde el desplazamiento empieza a tomar relevancia, llevando a que las poblaciones migratorias, en su mayoría campesinas, se vean en la obligación de dirigirse a sitios alejados de sus lugares de origen, lo que genera aumento de la vulnerabilidad de esta población, aumento de los índices de pobreza de las ciudades grandes y cabeceras municipales. Bogotá sigue siendo el principal receptor de población desplazada a nivel nacional, seguido por Antioquia, Cauca, Nariño y el Valle del Cauca (Rojas Andrade & Hurtado, 2014). Para 2015, según el modelo Dignificar de la Alta Consejería para las Víctimas, Bogotá contaba con 617.033 víctimas registradas, con las principales distribuciones así: Ciudad Bolívar (15.2%); Bosa (14%); Kennedy (12.7%); Suba (9.2%); San Cristóbal (8.1%). (Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación, s.f.)

Dado el aumento de las cifras de desplazamiento como consecuencia del conflicto armado, se empezó a realizar la normatización para el cumplimiento de los derechos de ésta población. En 1997 se implementó la Ley 387 en donde se creó el Sistema Nacional de

Atención Integral a la Población Desplazada (SNAIPD) (Congreso de la República de Colombia, 1997) Posteriormente, a partir de la Ley 1448 de 2011 o Ley de Víctimas, se creó la Unidad para la Atención y Reparación Integral de Víctimas, junto con el Sistema Nacional de Atención y Reparación a Víctimas, cuya estructura se estableció en el decreto 4802 de 2011 (Gaviria Betacur, Morales, & Rueda Rojas). Para que la persona víctima sea beneficiaria de estas medidas de atención y reparación debe estar incluida en el RUV, el cual permite la identificación de la población víctima del conflicto armado (Corporación Viva la Ciudadanía, 2013).

Todo lo anterior ayuda a comprender la situación a la que se ven obligadas a atravesar miles de personas cada año, entender el estrés físico y emocional que deben enfrentar con la reubicación y la necesidad de priorizar su atención en salud física y mental. La vida de las personas desplazadas, y en general, de las personas víctimas del conflicto armado interno tiende a empeorar en la ciudad, especialmente en el tiempo que transcurre entre su ubicación en una zona de forma temporal, hasta encontrar un sitio donde residir de forma definitiva.

2.1 Conflicto armado, victimización y violencias

Es importante hablar de los conceptos de conflicto armado, violencia y subtipos de esta, y como se define una persona víctima del conflicto según la normatividad reciente. Posterior a esto se realizará la contextualización de la relación terapéutica con esta población vulnerable, para ayudar a establecer de forma más clara la relación contraproducente entre violencia y el detrimento en la salud mental.

La Ley de víctimas 1448 de 2011 hace una redefinición del concepto de víctima del

conflicto armado como “aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1 enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado” (Congreso de la República de Colombia, 2011). Se incluyen las víctimas de desapariciones forzadas, desplazamiento, delitos contra la integridad sexual, homicidios, minas anti-persona, secuestro, así como las víctimas de tortura física y psicológica (Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación, s.f.) (Ruta Pacífica de las Mujeres, 2013).

Dentro de la Ley 387 de 1997, se hace una definición de persona desplazada como aquella que, dentro del territorio nacional donde habita, ha sido forzada a abandonar su sitio de residencia, ya sea porque se encuentra bajo amenaza, o porque su integridad ha sido vulnerada, esto como consecuencia del conflicto armado interno u otras situaciones de violencia (Congreso de la República de Colombia, 1997).

Hay diversas definiciones de violencia por conflicto armado, una que llama la atención es la de Villa, W., & Houghton, J. (2005), encontrada en su texto sobre violencia política contra los pueblos indígenas en Colombia. Acá se describe que, este tipo de violencia es la que se expresa a través de acciones bélicas, violaciones al derecho internacional humanitario o violencia social, que se ejerce a modo de pugna política social, para alterar el modelo de un Estado o con el fin de someter a un determinado grupo humano por sus afinidades, ya sean políticas, ideológicas, entre otras (Villa & Houghton, 2005).

De igual forma se clasifica la violencia en clásica, cuando está orientada hacia el cuerpo

o la mente; la pobreza, cuando se priva de necesidades materiales básicas; la represión, cuando se vulneran los derechos humanos (Galtung, 1981).

Según datos expuesto por el Índice de Riesgo de Victimización 2010-2014:

La Convención Contra la **Tortura**, en su Artículo 1.1 de 1984, la define como los actos que produzcan a una persona, de forma intencional, un sufrimiento físico o mental grave, con el objetivo de intimidarla, obtener información o castigarla (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2014).

El Estatuto de Roma contempla la **Violencia sexual** como cualquier forma de delito sexual que indique una infracción grave de los Convenios de Ginebra. Dentro de estos menciona la esclavitud sexual, la prostitución, el embarazo o esterilización forzados (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2014).

La Ejecución Extrajudicial se conceptualiza como el homicidio que se lleva a cabo por parte de agentes del Estado (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2014).

Según el Código Penal Colombiano, el artículo 165 define la **Desaparición Forzada** como la privación de la libertad de una persona, por parte de un miembro perteneciente a un grupo armado al margen de la ley, el cual oculta información sobre su retención o paradero (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2014). Éste código, en su Artículo 169 define el secuestro como “El que arrebate, sustraiga, retenga u oculte a una persona con el propósito de exigir por su libertad un provecho o cualquier utilidad, o para que se haga u omita algo, o con fines publicitarios o de carácter político” (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2014).

Se define el **Homicidio Colectivo** como la acción por la cual un grupo de personas mueren bajo las mismas condiciones de modo, tiempo y lugar, a manos del mismo perpetrador (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2014).

Según la Coalición Colombiana contra la Tortura, entre 2001 y 2009 hubo como mínimo 1834 víctimas de tortura, de las cuales 1148 fueron asesinadas. Se encontró que, por cada 100 hombres torturados, había 15 casos contra mujeres (Coalición Colombiana Contra la Tortura, 2014).

Haciendo una revisión del estudio Indicadores de Secuestro en Colombia 2012, se encuentra que entre los años 2003 y 2012 la delincuencia común fue la principal causante de secuestros en nuestro país, con un total de 2380 casos (35%); en segundo lugar, se encuentran las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) con un total de 1700 secuestros durante ese periodo; luego se describe al Ejército de Liberación Nacional (ELN) con 794, las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) con 347 secuestros, las Bandas Emergentes en Colombia (BACRIM) con 86, el Ejército Popular de Liberación (EPL) con 27 secuestros, el Ejército Revolucionario Guevarista (ERG) con 21 y el Ejército Revolucionario del Pueblo (ERP) con 4 (Fundación País Libre, 2013).

Según el estudio sobre comportamiento del homicidio en Colombia, del total de 14.294 homicidios en Colombia en 2013, la violencia sociopolítica contó con el 18,25% (De la Hoz Bohórquez, 2013).

El Comité Internacional de la Cruz Roja cita que, durante el año 2013 se registró oficialmente cerca de 7.500 desapariciones y alrededor de 67.000 personas seguían desaparecidas al finalizar el año (Comité Internacional de la Cruz Roja [CICR], 2014).

Marcos, F. R. et al. (2013) menciona que, entre 1990 y 2013, se registraron un total de 25.243 eventos con Minas antipersona y municiones sin explotar. De éstos, 5.888 fueron accidentes y 19.355 incidentes¹, con un total de 10.261 víctimas, de los cuales el 38% fueron civiles y el 62% miembros de la Fuerza Pública. Se describe que 995 de estos, eran menores de edad. (Marcos & Pineda Ariza, 2013).

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en su reporte sobre exámenes médico-legales por delito sexual, se encontró que, de un total de 17.540 delitos sexuales, la violencia socio-política fue responsable del 0.39% del total de delitos sexuales cometidos durante el año 2013, con un total de 4 hombres y 64 mujeres como víctimas (Tello Pedraza, 2013).

Revisando la Primera Encuesta de Prevalencia “Violencia Sexual en Contra de las Mujeres en el Contexto del Conflicto Armado Colombiano. Colombia 2001-2009”, se describe que la prevalencia de estos delitos para ese periodo y en 407 municipios, fue de 17,58%. Fue entendida como violencia sexual cualquiera de estas: regulación de la vida social 66.76% del total; acoso sexual 35.92%; violación 19.31%; servicios domésticos forzados 9.92%; aborto forzado 5.53%; embarazo forzado 5.38%; esterilización forzada 3.97%; prostitución forzada 1.58%. Durante estos años, hubo 489.687 mujeres víctimas de delito sexual, con un promedio anual de 54.410 víctimas (Equipo de Investigación Casa de la Mujer, 2011).

Otro concepto importante para tener en cuenta es el de victimización, el cual se ha entendido como las condiciones o factores, ya sean sociales, políticos, psicológicos, entre

¹ En el contexto de los eventos mencionados con minas antipersona o de munición sin explotar, se distribuyen en accidentes o incidentes de acuerdo a la intención del actor armado que manipula el artefacto explosivo. Los accidentes se refieren a eventos indeseados y los incidentes a eventos que tienen la intención de causar un perjuicio (Verdad Abierta, s.f.).

otros, que generen sufrimiento e interrumpan la vida de una persona (Cruz, 1999).

Dado lo descrito anteriormente, se puede reconocer que el papel de los prestadores de servicios de salud, particularmente el de los profesionales de la salud mental, ha tomado fuerza en los últimos años debido a que hay un mayor interés por prestar sus servicios en esta población y por la misma normatización que indica su priorización, como lo indica la Declaración de Auckland, de la Federación Mundial de la Salud Mental (1989), en donde se habla de los grupos vulnerables a presentar un trastorno mental y la necesidad que tienen ellos de recibir cuidados preventivos en salud y tratamiento, además del derecho a la protección de sus derechos humanos. Aquí se incluyen las víctimas de violencia por guerra (Wilches, 2010).

2.2 Salud y enfermedad mental en el marco del conflicto armado

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha considerado la atención en salud mental de las víctimas del conflicto armado, dentro de su actuar en las emergencias complejas. En Colombia ha aumentado el uso de diferentes tipos de intervención a nivel psicosocial, abarcando diferentes áreas relevantes en la salud mental como lo son el trabajo, la educación, la vivienda, la participación comunitaria, entre otros (Wilches, 2010).

Teniendo en cuenta lo anterior, las situaciones de violencia plantean diferentes problemas para el individuo, su familia y la comunidad. Estas situaciones deterioran los puntos de apoyo de los individuos y exacerbaban los problemas de desigualdad. Los problemas de salud mental y psicosociales en este tipo de situaciones se entrelazan, aunque puede

presentarse un predominio en alguna de estas instancias. Entre los problemas sociales se encuentran (Comité Permanente Entre Organismos [IASC], 2007):

- Problemas como la pobreza extrema y discriminación o desencadenados por la emergencia como la separación de familias, desabastecimiento de alimentos, pérdida de recursos físicos, situaciones de violencia.

También se pueden mencionar dentro de los problemas de tipo psicológico:

- Problemas preexistentes como abuso de alcohol o sustancias psicoactivas o desencadenados por la catástrofe como trastornos afectivos, ansiosos y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Hay que tener en cuenta que las personas damnificadas tienen recursos que les permiten resistir en términos de salud mental y bienestar psicosocial, por esto no se debe enfocar la atención solamente en las deficiencias que presentan, pues se pueden pasar por alto por ejemplo los recursos psicológicos que permitan reforzar los mecanismos de afrontamientos a tales circunstancias. Por otra parte, los recursos sociales más importantes serían las familias, miembros de otras redes como los sacerdotes, los sanadores tradicionales, así como otros entes gubernamentales y comunitarios, entre otros. Se deben tener en cuenta entonces todos los recursos sociales, psicológicos y espirituales para poder realizar una respuesta acorde a la situación y así realizar intervenciones que faciliten el alcanzar un estado de bienestar (Comité Permanente Entre Organismos [IASC], 2007).

Se puede encontrar entonces una gran variedad de manifestaciones de salud mental psicopatológicas en este tipo de población. Son múltiples los diagnósticos posibles a los que se puede enfrentar un profesional de la salud mental al entrar en contacto con

víctimas del conflicto armado; dentro de estos se han encontrado trastornos disociativos, trastornos afectivos, trastornos somatomorfos, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas, TEPT y otros trastornos de ansiedad (Vaughan , Méndez, Martínez , Palma, & Bosch, 2012).

Las personas que han sido víctimas directas de algún tipo de situación violenta pueden presentar algunas reacciones psicológicas, desde leves hasta graves, dependiendo de las características del suceso. En un artículo realizado en Medellín, Colombia, sobre estrategias de afrontamiento en víctimas de asalto a mano armada, se cita a autores como Sonría y Esbec, quienes indican los efectos más comunes que se pueden dar en la victimización criminal (Marín Monsalve, Palacio Suaza, Orrego Barrios, & Aguirre Acevedo, 2008):

- Cambios en las creencias personales.
- Pensamiento repetitivo sobre el suceso.
- Percepción negativa del futuro.
- Sentimientos de temor y culpa.
- Ruptura de la vida cotidiana, puesto que hay alteración de sus rutinas diarias.
- Modificación de las relaciones con su familia y la comunidad.
- Incapacidad para tomar decisiones por lo cual puede llegar a depender de otros para esto (Marín Monsalve, Palacio Suaza, Orrego Barrios, & Aguirre Acevedo, 2008).

Se citan algunos artículos que logran ilustrar la relación del conflicto armado con el inicio o perpetuación de un trastorno psiquiátrico, a diferentes niveles.

Londoño, N. H., et al. (2005) en su estudio sobre salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia), escogió una muestra de 40 personas adultas, de estos el grupo de casos tenía 15 personas con TEPT y el grupo control 25 personas sin éste diagnóstico. Se empleó la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) un año después de los hechos, encontrando que no hubo diferencias importantes entre los grupos. Se reportó que el diagnóstico más frecuente fue la depresión mayor (37% casos y 38% controles), luego el riesgo de suicidio (37% y 62%, respectivamente) y por último el trastorno de ansiedad generalizada (47% y 38%, respectivamente). De 40 personas evaluadas en Bojayá y Quibdó, el 37% presentaron TEPT (Londoño, y otros, 2005).

Estos resultados se asemejan a los obtenidos en otro estudio de otra población colombiana en San Joaquín (Santander), la cual en 1999 también vivió la guerra. De 202 personas entrevistadas, el 37.6% presentó el diagnóstico de TEPT (Pineda, Guerrero, Pinilla, & Estupiñán, 2002).

En cuanto a victimarios, De la Espriella, R. et al. (2009) escogieron un grupo de pacientes hombres entre 18 a 46 años que eran atendidos en ese momento en la Clínica la Paz, de estos a 76 se les aplicó una escala específica para TEPT. Se encontró que el 57% presentaba el diagnóstico de TEPT. Además, se describe que el 71% de los pacientes habían consumido sustancias psicoactivas antes de la desmovilización; también se encontró que 35 pacientes presentaban ideación suicida. Se concluyó que el diagnóstico de TEPT se presenta también en los excombatientes de grupos al margen de la ley, pero no se reconoce con frecuencia, lo que puede estar relacionado con la subjetividad del

observador (De la Espriella & Falla, 2009).

Volviendo a las víctimas, en un estudio realizado por Pérez-Olmos, I., et al. (2005) en Cundinamarca, con 493 escolares de 5 a 14 años de edad, de los cuales 167 eran de La Palma y presentaban exposición crónica al conflicto armado; 164 en Arbeláez, víctimas de violencia por conflicto armado recientemente; por último, 162 en Sopó, sin antecedente de exposición a la violencia. Se encontró que, en La Palma, la prevalencia de TEPT fue de 16,8 %; en Arbeláez la prevalencia fue de 23,2 %, y en Sopó de 1,2 %. Se concluyó que los niños de las dos primeras zonas afectadas por conflicto armado presentaban mayor riesgo de TEPT que los de Sopó (hasta 19 veces más), correlacionando la exposición a la guerra con la aparición de TEPT infantil (Pérez Olmos, Fernández Piñeres, & Rodado Fuentes, 2005).

A nivel de salud mental y conflicto armado se ha hecho algún énfasis en el diagnóstico de TEPT. Sinisterra, M., et al. (2010) realizaron un estudio en población de Ciudad Bolívar, Bogotá, tomando una muestra de 110 personas desplazadas entre los 19 y 74 años. El 65.5% eran mujeres, el 37.7% refirió como causa del desplazamiento a los grupos guerrilleros y el 50% consideró que su calidad de vida era peor después del desplazamiento. Se concluyó que la prevalencia del TEPT en la localidad era del 97.27% (Sinisterra Mosquera, Figueroa Lozano, Moreno Gutiérrez, Robayo , & Sanguino Leal, 2010).

Somasundaram, D. (2002) describe un grupo de 6250 adolescentes expuestos a situaciones de Guerra, al 31% se le diagnosticó TEPT, al 32% se le diagnosticó un trastorno de somatización, al 34% se le diagnosticó ansiedad y al 29% depresión

(Somasundaram , 2002). Espié, E., et al. (2009) ilustra también que de 1,253 pacientes que buscan ayuda psicológica en Cisjordania y la Franja de Gaza, 23% presentó TEPT, 17.3% trastornos de ansiedad y 15.3% depresión (Espié, y otros, 2009).

Sin embargo, en Colombia, Médicos Sin Fronteras (2010) encontró que los cuatro diagnósticos psiquiátricos principales más frecuentes entre víctimas expuestas crónicamente a violencia por conflicto armado, fueron: el trastorno adaptativo (18,68%), los problemas de relación y problemas asociados con el abuso o la negligencia (17,55%), la depresión mayor (11,3%) y el duelo (8,90%). El TEPT representó tan sólo un 1,5% de los diagnósticos y el estrés agudo un 1,38%. El 10,66% de los pacientes no tenían ningún trastorno. Lo que evidencia la variedad de trastornos que pueden surgir como consecuencia de estas situaciones (Medicos sin Fronteras, 2010).

Sánchez-Padilla, E., et al. (2009) encontraron los siguientes datos en una muestra de víctimas del conflicto: La manifestación clínica principal fue la ansiedad en un 39,9 % y la tristeza o llanto en un 39,3 %. El diagnóstico más frecuente fue "otro trastorno de ansiedad" en un 32,3 %, seguido por depresión en un 18,2 %, trastorno de estrés agudo en un 9,9 % y TEPT en un 8,4%. El porcentaje de psicopatologías clasificados como severa fue mayor en áreas rurales (14,6%) que en la ciudad (6,4%), y en los adultos (13%) que en niños (7,3) (Sánchez Padilla, Casas, Grais, Hustache, & Moro, 2009).

Respecto al tratamiento, tanto para niños y adultos con más frecuencia recibieron psicoterapia individual. La mediana de sesiones de psicoterapia para niños en Ibagué fue de 3 y en las veredas de 2. En adultos, la mediana de sesiones fue de 2 en Ibagué y 2 en las veredas. Además de la psicoterapia, al 37,0% y al 27,9 % de los pacientes adultos de

Ibagué y las zonas rurales, respectivamente, les fueron prescritos fármacos psicotrópicos (Céspedes García & Villarraga García, 2011).

En el estudio de Aristizábal, E., et al. (2011) se determinaron varias subcategorías de acontecimientos que desencadenaron traumatismos psíquicos en la población estudiada, tanto víctimas como victimarios, entre ellos abuso sexual, asesinatos y métodos brutales de tortura (Aristizábal, y otros, 2012).

Un tema muy importante por mencionar es la salud mental en aquellas mujeres víctimas de delitos sexuales en el marco del conflicto armado interno. En el año 2005, en el estudio “Atroces Realidades: La Violencia Sexual Contra La Mujer En El Conflicto Armado Colombiano”, se expone información preocupante sobre las condiciones de la mujer en el contexto del conflicto, no solo a nivel del traumatismo como tal sino del no cumplimiento y la violación de la reglamentación que se supone debe proteger sus derechos y que resalta su gran vulnerabilidad (Fiscó, 2005).

Las declaraciones internacionales que han tenido gran relevancia en lo que corresponde a este tema son las de los tribunales de Yugoslavia y de Ruanda, las cuales tuvieron un gran impacto sobre el trato a este tema (Fiscó, 2005).

Pese a lo anterior, la situación sigue siendo alarmante. Por ejemplo, en Kuwait, en los años 90, por lo menos 5 mil mujeres fueron violadas por soldados iraquíes. En Ruanda (1994-1995), aproximadamente 500 mil mujeres fueron víctimas de delitos sexuales y de tortura. En Argelia (1994-1998), por lo menos 1.600 niñas y jóvenes argelinas fueron obligadas a ejercer la esclavitud sexual por parte de grupos islamistas armados (Fiscó, 2005).

En el estudio se describe el marco normativo con el que Colombia cuenta actualmente, como por ejemplo la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer desde 1982, el Protocolo Adicional II de la Convención de Ginebra en 1994 y la Convención de Derechos Humanos de Viena de 1993. Por otra parte, en el escenario del conflicto armado, el nuevo Código Penal incluye la penalización de los diferentes tipos de delitos sexuales (Fiscó, 2005).

En el artículo de Wilches, I. (2010) sobre delitos sexuales, en contexto de conflicto armado, se cita la definición de violencia sexual de la OMS (2010), en la que se aclara que no sólo se hace referencia a la violación o acceso carnal violento, sino que también abarca, entre otros, el embarazo, aborto, anticoncepción y prostitución forzados, los cuales pueden presentarse de forma simultánea en la misma mujer (Wilches, 2010). Es relevante hacer énfasis en la dificultad que hay en el país para priorizar este tipo de delitos, la escasez de protocolos o personal adecuado para tomar los testimonios y, en general, la poca credibilidad que se les da a las víctimas.

En el contexto general de víctimas, Páez et al., 2001 mencionan que, en general, los efectos psicosociales graves como los diagnósticos de TEPT y depresión, eventualmente disminuyen. Mencionan que las situaciones que generan más malestar y a mayor plazo, son los que se generan por el desplazamiento mismo, como el hecho de tener que reubicarse y lo que esto conlleva, además de la impunidad de los hechos que los obligaron a salir de sus tierras (Cueto Saldibar, 2008).

Como se mencionó previamente, es importante también evaluar el impacto que tiene la atención de esta población en la salud mental de los profesionales de la salud. Aparecen entonces tres conceptos importantes: desgaste por empatía, traumatización vicaria, y

estrés traumático secundario.

El desgaste por empatía fue descrito en 1995 por Charles Figley, quien lo definió como “un sentimiento profundo de compasión y empatía por el que sufre, acompañado por un fuerte deseo de resolver el dolor ajeno o resolver sus causas” (Solano, 2013). Esto se puede dar repentinamente y es secundario al uso constante de la empatía cuando se trabaja con personas que han sido expuestas a situaciones traumáticas (Rivillas Bolaños, 2015). Esto genera un cambio en las conductas y emociones de la persona que ejerce el papel de cuidador, llegando a sentir la necesidad de ayudarlas a pesar de no ser posible, lo que lleva a que aumente la autoexigencia y las expectativas del resultado de su trabajo (Conrad , 2011) (Pearlman & McKay, 2008).

La traumatización vicaria es secundaria a la exposición continua al trabajo con víctimas de situaciones traumáticas. El profesional tiene un cambio en la percepción del mundo, cuestiona sus principios, aparece la confusión y empiezan a cambiar sus esquemas cognitivos. Es un sentimiento acumulativo que se da a largo plazo, en donde puede llegar a desarrollar mayor sensibilidad a la violencia y a la desesperanza (Pérez Fernandez, López , Martins, Mugaburu, & Muro, 2011).

El estrés traumático secundario fue descrito por Figley como un conjunto de emociones y conductas que se dan en el profesional, resultantes de conocer un evento traumático que ha sido experimentado por otra persona (Pérez Fernandez, López , Martins, Mugaburu, & Muro, 2011). Según Figley (2006) las manifestaciones son similares a las del TEPT, existiendo tres síntomas principales: el revivenciar los eventos traumáticos mencionados por el paciente, la evitación del contacto con otros y los estados de

hiperactivación como alteraciones en el patrón del sueño, hipervigilancia, hiperreactividad autonómica, entre otros (Solano, 2013).

Aparece otro concepto que diferente a los tres anteriores mencionados. El estrés crónico, desgaste profesional o Síndrome de Burnout, caracterizado por síntomas de fatiga física y mental, manifestando desesperanza, frustración y sentimientos de temor, además de la presencia de autoconcepto negativo y actitudes negativas hacia diferentes ámbitos de su vida, lo anterior relacionado con las características del lugar de trabajo y el estrés institucional (Rivillas Bolaños, 2015) (Pérez Fernandez, López , Martins, Mugaburu, & Muro, 2011).

Estos términos se diferencian también de la contratransferencia en que ésta última se conceptualiza como una respuesta a corto plazo, la cual se produce dentro del contexto de una sesión terapéutica y se limita a ésta (Harrison & Westwood, 2009).

Según la National Center for PTSD de Estados Unidos de Norteamérica, una de cada tres personas que trabajan en el servicio de urgencias críticas generalmente puede presentar síntomas de disociación, re-experimentación, evitación de estímulos relacionados con el trauma, hiperactivación, así como síntomas depresivos y ansiosos (Pérez Fernandez, López , Martins, Mugaburu, & Muro, 2011).

En un estudio publicado en 2015 y realizado en Extremadura, España con 227 profesionales del área de la salud, se encontró una prevalencia de desgaste por empatía de un 34,4% así como una prevalencia de 4,9% de burnout (Campos Méndez, 2015).

Otro estudio realizado en Madrid, España y publicado en el año 2014, con 82 profesionales de la salud mental, encontró una prevalencia considerable de estrés

traumático secundario. Aproximadamente 4 de cada 10 participantes presentó alta frecuencia de conductas intrusivas, evitativas y de activación, propias del cuadro. En esta muestra, el porcentaje de mujeres con la afección fue más de cinco veces mayor que en los varones (Montero, 2014).

Figley (1995) expone un modelo causal de estos cuadros, en donde describe cuatro factores relacionados: la capacidad de tener empatía con el paciente, las conductas hacia la víctima, la habilidad para tomar distancia de sus actividades laborales y el sentimiento de satisfacción personal. La empatía es el eje principal del modelo teórico (Rivillas Bolaños, 2015).

Finalmente, en lo que respecta a éste tema tan relevante para la práctica de los profesionales del área de la salud, las intervenciones deben ir encaminadas primero hacia las medidas de prevención, destinadas a promover el bienestar y minimizar el impacto. De este modo, el autocuidado promueve una nueva perspectiva acerca de ellos mismos, del equipo y lugar de trabajo.

Es importante aunar el tema expuesto previamente a otro de similar relevancia y con el cual se relaciona estrechamente, el concepto de resiliencia, el cual se mencionó previamente al inicio del documento, pero del cual se intentará profundizar en este segmento.

En el campo de la salud mental, la resiliencia ha sido definida por múltiples autores; Masten (2001) la define como «un tipo de fenómeno caracterizado por buenos resultados a pesar de las serias amenazas para la adaptación o el desarrollo». No implica una falta de vulnerabilidad al estrés sino más bien la capacidad de recuperarse de eventos

negativos, y tiene múltiples determinantes tanto individuales como familiares y sociales (Becoña, 2006).

Se entiende entonces que es un concepto clave para la comprensión de las experiencias tanto de profesionales de la salud que atienden este tipo de población, así como de las personas con historia de victimización, y las respuestas de estos a las diferentes vivencias según los contextos relacionados (Becoña, 2006).

2.3 Narrativas e investigación en salud

Es necesario abordar los conceptos de narrativas y narratividad, así como su relación con la investigación e intervención desde los saberes de la salud.

El enfoque narrativo permite hacer una interpretación más profunda de los contextos de los actores, transformándose en ocasiones en el único medio posible de abordaje de temas tan sensibles como la victimización y las emociones aunadas; abordaje que permite profundizar en los dramas, sentimientos, pensamientos y acciones de estas personas, y que procura la comprensión de los significados sociales, culturales e individuales de sus experiencias (Salgado Lévano, 2007).

Cabe mencionar aspectos teóricos de la metodología narrativa a utilizar en este trabajo de investigación. En los diseños narrativos el investigador recoge los datos sobre las experiencias y vivencias de determinadas personas, esto con el fin de realizar un proceso de descripción y análisis. El interés de este tipo de diseños se centra en el individuo en sí mismo y en su entorno. Creswell (2005) señala que además de ser un método de investigación, también se puede considerar un tipo de intervención, ya que el contar las vivencias, en muchos casos permite cerrar procesos de temas que podrían no estar

resueltos (Salgado Lévano, 2007).

Es usado para evaluar una sucesión de eventos y conocer cómo fueron vividos por el individuo. Se toma información de autobiografías, biografías, entrevistas y testimonios. El investigador tiene la tarea de rehacer la historia y narrarla desde su mirada, identificando categorías a medida que la va describiendo (Salgado Lévano, 2007).

El concepto de narrativa se estructura en la experiencia, la que se comprende desde el relato, construyéndole un sentido a lo vivido por medio de la descripción de datos biográficos (Bolívar Botía, 2002).

La medicina narrativa nace gracias a la Dra. Rita Charon, médica internista del Columbia Presbyterian Hospital (Columbia University, s.f.). Se enfoca en lo subjetivo, el padecimiento de la otra persona y no solo en lo medible. Su intención es aprender a reconocer, asimilar, interpretar y ser conmovido por las historias de los pacientes y la capacidad de comprender el significado e importancia de estas historias. La medicina narrativa permite examinar cuatro relaciones principales que se dan en la práctica de la medicina: la relación del médico consigo mismo, con el paciente, con sus colegas y con la sociedad (Charon, 2001).

2.4 Fenomenología, hermenéutica y narratividad.

La fenomenología hermenéutica, inicialmente estudiada por Heidegger, es una postura epistemológica que se relaciona con la narrativa, resulta útil para describir la experiencia humana de cuidar, curar y la integración con las fuerzas históricas, sociales y políticas que conformar significados de bienestar, enfermedad y personalidad. Determina que los

individuos no pueden abstraerse de diversos contextos que influyen en sus decisiones y dan significado a la experiencia vivida. Incluso su propia experiencia de salud o enfermedad se da en el contexto de las tradiciones familiares, los valores de la comunidad y un contexto sociopolítico (Wojnar & Swanson, 2007).

En investigación, se basa en la creencia de que el investigador y los participantes llegan a la investigación con estructuras predeterminadas de entendimiento dadas por sus respectivos trasfondos y en el proceso de interacción e interpretación generan una comprensión del fenómeno estudiado por medio de la intersubjetividad (Wojnar & Swanson, 2007).

Se ha conceptualizado como un enfoque centrando en la forma en la que las personas damos y entendemos los significados de los acontecimientos diarios (Giraldo & González, 2013). Paul Ricoeur propone que, para poder llegar a esta reflexión, el análisis existencial se debe realizar desde un plano lingüístico (Lovecchio, 2009).

Se observa entonces que el proceso salud - enfermedad según estas metodologías está basado en la interpretación de los sucesos y vivencias de cada individuo, en donde estos no son hechos aislados a su contexto socio-cultural, familiar e incluso político. Permiten una perspectiva más amplia de los fenómenos que se estudian y mayor entendimiento, en el caso que concierne a esta investigación, de la relación profesional de la salud - paciente logrando obtener una información más clara o como mínimo, menos sesgada por los esquemas y conceptos del investigador. No es contar, sino dialogar y describirlo de una forma que facilite el entendimiento de la realidad del otro (Bolívar & Domingo, 2006).

3. Capítulo tres: Diseño metodológico

- **Tipo De Estudio:** Se trata de un estudio cualitativo, de corte narrativo, enmarcado epistemológicamente en la fenomenología – hermenéutica de Paul Ricoeur, y teóricamente en los preceptos de la medicina narrativa.
- **Periodo De Estudio:** mayo de 2015 a noviembre de 2016, desde las exploraciones preliminares hasta la finalización del informe final.
- **Poblaciones y muestras:** La población estuvo constituida por profesionales de la salud que atendieron a víctimas del conflicto armado en el Hospital Meissen durante el año 2015. Se tuvieron en cuenta las siguientes categorías estructurales para organizar la muestra: sexo, edad, y tipo de profesional de la salud, así como el haber laborado en el Hospital Meissen durante 2015; enmarcadas en criterios de persona, espacio y tiempo. Dentro de la categoría profesional de la salud se incluyeron: medicina general, médicos especialistas, profesionales en enfermería, profesionales de apoyo terapéutico (psicología, trabajo social, terapia ocupacional, terapia física), y musicoterapeutas.

Se trabajó con una muestra no probabilística, de corte estructural y seleccionada a juicio, en el marco de lo cual se identificaron los sujetos a entrevistar con base en su representatividad en el marco de los criterios estructurales descritos previamente.

El tamaño de la muestra se definió según estrategia de saturación y correspondió idealmente a una persona representando a cada una de las posibles características estructurales antes enunciadas; tomando en cuenta que no se recomienda trabajar con menos de 10 personas, de modo que se asegure un mínimo de heterogeneidad, y como máximo con 30 personas, asumida ésta como la cantidad teórica de sujetos con la cual se suelen saturar las categorías de estudio (Mejía Navarrete, 2000). La saturación de categorías se logró con entrevista a 14 personas.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Ser profesional de la salud.
- Haber trabajado en el Hospital Meissen durante el año 2015.
- Haber atendido víctimas del conflicto armado en el Hospital Meissen.

Criterios de exclusión:

- No aceptar la participación en la investigación.
- No cumplir alguno de los criterios de inclusión.

Tabla 3 - 1: Niveles estructurales considerados para asegurar la heterogeneidad de la muestra

NIVELES CONSIDERADOS PARA ASEGURAR LA HETEROGENEIDAD ESTRUCTURAL DE LA MUESTRA				
SEXO	EDAD	TIPO DE PROFESIONAL DE LA SALUD	ESPACIO	TIEMPO
Femenino Masculino	23 a 65 años	Medicina general Médicos especialistas Profesional en enfermería Profesionales de apoyo terapéutico (psicología, trabajo social, terapia ocupacional, terapia física) Musicoterapeutas	Hospital Meissen	Año 2015

Fuente: elaboración propia.

3.1 Estrategias y técnicas para la recolección y procesamiento de la información

La información se recolectó mediante la realización de entrevistas focalizadas, las cuales tuvieron una duración entre 25 a 45 minutos. Estas entrevistas tienen el propósito de conocer y entender el punto de vista del entrevistado acerca de sus propias experiencias, a través de diferentes preguntas relacionadas con la investigación (Robles, 2011).

Las entrevistas a focalizadas se realizaron con base en una guía de entrevistas que se muestra en el anexo A.

La entrevistadora fue la investigadora principal. Las entrevistas fueron grabadas, y de manera simultánea se tomaron notas complementarias, además se llevó un diario de campo; posteriormente las entrevistas fueron transcritas línea a línea para su posterior análisis; igual procedimiento se llevó a cabo con las notas de entrevista y los diarios de campo. El procesamiento de la información se hizo manualmente, con apoyo del software Word y un procesador de citas bibliográficas de uso libre.

3.2 Estrategias y técnicas para el análisis de la información

El análisis de la información se hizo manualmente, según las técnicas del análisis narrativo de narrativas. En concreto, se utilizó la metodología descrita por Colazzi para analizar información cualitativa desde una perspectiva hermenéutico - fenomenológica; se construyó sobre esa base matrices que sirvieron para condensar el proceso realizado y facilitar el análisis e interpretación de la información. Los pasos para el análisis de la información transcrita a partir de las entrevistas, notas de entrevista y diarios de campo, fueron los siguientes: (Wojnar & Swanson, 2007).

Tabla 3 - 2: Pasos para el análisis manual de la información según Colazzi

Paso del análisis	Propósito
Lectura y relectura de las transcripciones	Adquirir percepción de experiencia general sobre el tema.
Extraer las frases significativas.	Generar información directamente relacionada con el fenómeno a estudio.
Formular significados.	Delinear significados emergentes en varios contextos donde se expresa el fenómeno.
Categorizar en grupos de temas y validar confrontando con el texto original.	Identificar experiencias comunes para todos los Informantes.
Describir.	Generar un modelo teórico prototípico.
Efectuar devolución a los participantes.	Validar los hallazgos.
Incorporar cualquier cambio basado en la retroalimentación de las personas informantes. Presentar un modelo teórico que refleje de manera comprensiva las características fundamentales del fenómeno.	

Fuente: Modificado a partir de Colazzi, citado por Wojnar, D; Swanson, K (2007)

Phenomenology: Anexploration. Journal of Holistic Nursing. 25 (3): 172 – 180.

El análisis de la información fue realizado por una de las participantes en la investigación (investigadora principal), con revisión por otra (coinvestigadora – directora de trabajo de grado) con el fin de aumentar la consistencia interna del estudio.

3.3 Estrategias para asegurar el rigor de la investigación

De acuerdo con Gubba y Lincoln, los criterios que más se utilizan para establecer el rigor de una investigación cualitativa son los siguientes (Salgado Lévano, 2007):

- Dependencia o consistencia lógica: se refiere al grado en que la recolección de datos similares por parte de diferentes investigadores y bajo los mismos análisis, generen

resultados semejantes o equivalentes. Se materializó en el análisis y reanálisis de la información por parte de la investigadora principal y su directora de tesis, como antes descrito.

- Credibilidad: el investigador, a través de conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce datos veraces y creíbles según la percepción de los participantes y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. De éste modo fueron realizadas las entrevistas planificadas para el estudio.
- Auditabilidad o Confirmabilidad: se refiere a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Se levantaron y conservaron registros que dan cuenta de todo el proceso de investigación realizado.
- Transferibilidad o aplicabilidad: la posibilidad de trasladar los resultados obtenidos y ajustarlos a otros contextos concretos, a otras poblaciones. El lector del informe es el que determina si se pueden transferir los resultados a un contexto diferente. Por esto se requiere una descripción clara del lugar y las características de las personas donde se realizó el estudio del fenómeno. Lo anterior procuró ser materializado en el presente informe.

4. Capítulo cuatro: Consideraciones éticas

De acuerdo con lo contenido en la Resolución 08430 de 1993 expedida en la República de Colombia, la presente investigación corresponde a una con riesgo mínimo, tocando aspectos sensibles de la conducta humana (Ministerio de Salud, 1993).

Dada la potencial sensibilidad del tema tratado, se solicitó consentimiento informado escrito a cada una de las personas participantes en las entrevistas, según formato incluido en el Anexo B. Así mismo, se solicitó y se obtuvo la aprobación del proyecto al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Colombia y del Hospital Meissen.

Se aseguró la confidencialidad a las personas participantes, para lo cual se emplearon medidas para ocultar su identidad. Una vez terminado el proceso de investigación, se borraron los discos duros de los computadores empleados y se destruyeron los soportes en medio físico de las transcripciones de entrevista, conservándose solamente una copia en medio magnético bajo la custodia de la investigadora principal.

Se había propuesto que, en caso de encontrar necesidades específicas en salud mental en los participantes de las entrevistas, se realizaría la derivación pertinente a través del programa de salud ocupacional del mismo Hospital, situación que no ocurrió.

La información recolectada se utilizó sólo para los fines del estudio; antes de su difusión

amplia, los resultados fueron presentados a los participantes, para su conocimiento y retroalimentación.

5. Capítulo cinco: Resultados

Descripción socio – demográfica de las personas entrevistadas:

Se entrevistaron 14 personas en total, de las cuales 9 eran mujeres y 5 hombres. El rango de edad fue entre 24 y 62 años, con un promedio de 45 años. El rango de tiempo laborado en el Hospital fue de 1 a 32 años, con un promedio de 8 años. En lo referente a la ocupación, se incluyeron profesionales de las ciencias sociales y de la salud con diferentes niveles y tipos de formación, siendo la mitad de los entrevistados profesionales de la salud mental. Esto es presentado en el siguiente cuadro:

Tabla 3 - 3: Caracterización sociodemográfica de las personas entrevistadas

Caracterización De Las Personas Entrevistadas				
No entrevista	Sexo	Edad	Tiempo trabajado en el hospital	Ocupación
1	Femenina	62 años	32 años	Psicóloga
2	Masculino	50 años	2 años	Psicólogo
3	Masculino	57 años	4 años	Psicólogo
4	Femenina	38 años	7 años	Psicóloga
5	Femenina	42 años	1 año	Trabajadora social
6	Femenina	42 años	1 año y medio	Psicóloga
7	Femenina	52 años	2 años	Médica/musicoterapeuta
8	Femenina	35 años	3 años	Médica alternativa
9	Masculino	53 años	16 años	Pediatra
10	Femenina	24 años	1 año	Enfermera jefe
11	Femenina	37 años	6 años	Médica general
12	Masculino	45 años	13 años	Psiquiatra
13	Masculino	51 años	19 años	Psiquiatra/musicoterapeuta
14	Femenina	46 años	3 años	Fisioterapeuta/musicoterapeuta

Fuente: elaboración propia.

5.1 Narrativas generales sobre salud mental que manejan los trabajadores de la salud encargados de atender población víctima del conflicto armado en el Hospital Meissen

Para la mayor parte de las personas entrevistadas, la salud mental fue comprendida como una condición caracterizada por el bienestar integral (físico, psicológico y social) que se manifiesta en relaciones armónicas con uno mismo, con los demás y con el entorno. Adicionalmente, se le adscribe la capacidad para convivir en forma adecuada en la sociedad, así como la posibilidad de dar un manejo adecuado a las circunstancias difíciles de la vida:

“Es un estado, es una condición de bienestar emocional y psicológico que redunda en las relaciones que un individuo tiene con los demás, que redunda en su salud física de una manera más importante de lo que creemos y que propicia condiciones de bienestar para todos, de relaciones positivas para todos”²

“La salud mental... es una calidad de vida integral y es salud con enfoque biopsicosocial... igual eso es una percepción de cada persona, pero lo normal de salud si sería como un todo integral que esté en todos los enfoques de la vida de la persona”³.

La integralidad de la salud, física y mental, y del individuo respecto a su entorno, fueron resaltadas por algunos de los participantes:

² Entrevista No.1. Mujer; Edad 62 años; 32 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

³ Entrevista No.4. Mujer; Edad 38 años; 7 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

“El concepto de salud mental es muy complejo...tiene que ver con el equilibrio que tiene una persona ante sus relaciones, consigo mismo, relaciones con los demás y relación con el medio ambiente, pero también se amplía lo que es la relación con sus propias creencias, con su cultura, con sus emociones, con el concepto que tiene acerca del mundo... definitivamente toca mirarlo de una manera integral con la salud, porque nosotros tendemos a fragmentar, que es lo que hemos hecho muchas veces en occidente desde hace 300 años, y es una integralidad la salud... salud es como un equilibrio que hay entre las diferentes partes que componen no solo el individuo, sino él consigo mismo y sus relaciones personales, familiares, con su medio ambiente, con contexto. Sería como un equilibrio dinámico”⁴

“Yo nunca he podido dividir la salud física y la salud mental. Empezando por ahí para mi salud mental es el bienestar en todas las esferas del ser humano... es un estado de bienestar máximo, digamos, de confortabilidad, felicidad y de realizaciones en la vida de los seres humanos. Especialistas en la salud lo ven [a la salud mental] como un área aparte... no contraria... más bien como complementarias, y yo lo veo como integral; y de hecho siempre me he preguntado ¿qué es salud y por qué la dividen?”⁵.

El equilibrio, en contraposición al desequilibrio, fue otro atributo utilizado por la tercera parte de los entrevistados para referirse a la salud mental:

⁴ Entrevista No. 13. Hombre; Edad 51 años; 19 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra.

⁵ Entrevista No. 14. Mujer; Edad 46 años; 3 años trabajando en el Hospital; Fisioterapeuta, musicoterapeuta.

“Pues salud mental son dos palabras, pero a la vez es muy amplio porque el ser humano como tal llega a un momento de desequilibrio por diferentes situaciones; entonces la salud mental acorde a uno, es el manejo que uno le pueda dar a las diferentes circunstancias”⁶

“Para mí, salud mental es como el equilibrio de un individuo emocional, psicológico, intelectual respecto a todas las dinámicas que se le presenten en su vida diaria... está el concepto primario que es el equilibrio respecto al individuo, que lo pueda lograr de una manera armónica respecto a él mismo, intrapersonal e interpersonal con su entorno”⁷

“Bueno la Salud Mental es un equilibrio presente a nivel emocional, a nivel afectivo y a nivel cognitivo. Entonces la Salud Mental en total es el equilibrio de todas las esferas mentales incluyendo todo lo del cuerpo también”⁸.

Del mismo modo en que se reconoce que el contexto social, político, y cultural, determina la configuración de lo que personas concretas y grupos humanos consideren y disfruten como salud mental, también asumen los entrevistados que la capacidad de relacionarse constructivamente con ese entorno es resultante de la presencia de salud mental. Emerge aquí el concepto de calidad de vida en relación con la salud mental. Ésta adquiere así el sentido de un atributo que se construye en lo relacional, que se nutre de la calidad de vida en que se encuentra inmerso el sujeto, y que a su vez nutre la calidad de las relaciones de los sujetos con el mundo:

⁶ Entrevista No.5. Mujer; Edad 42 años; 1 año trabajando en el Hospital; Trabajadora social.

⁷ Entrevista No.7. Mujer; Edad 52 años; 2 años trabajando en el Hospital; Médica, musicoterapeuta.

⁸ Entrevista No. 10. Mujer; Edad 24 años; 1 año trabajando en el Hospital; Enfermera jefe.

“Podríamos decir que el comportamiento y lo de la salud mental tiene tantas variables para definirla... ¿qué es salud mental?... es tener la satisfacción de tener todas sus necesidades tanto fisiológicas como emocionales como nutricionales, todo el entramado que tiene que ver con la salud.... en la salud mental está también todo lo que tiene que ver en la necesidad y las motivaciones del ser humano: la vivienda, ¿sí?, tener una buena vivienda, tener una buena capacidad física, tener empleo, tener amor, protección, apoyo. Todo eso es lo que hace elementos importantes para la salud mental. La educación, la religión, o sea, son muchas variables que habría que revisar cuando se toma un concepto de salud mental”⁹

“Entonces se tienen que reunir muchas condiciones dadas por el ámbito social, familiar, para que todo eso en conjunto brinde cómo se llegue a un estado como de salud mental, si podemos llamar saludable, sería como esa sensación que puede sentir una persona con todo lo que le rodea y la conceptualización que tiene de sí mismo”¹⁰.

Junto con las conceptualizaciones positivas e integrales de la salud mental, referidas en los párrafos anteriores, también emergieron de las narrativas de 5 de las 14 personas entrevistadas otras relativas al carácter dicotómico salud – enfermedad, en donde, en cuatro narrativas la salud mental vendría a ser equivalente a la ausencia de enfermedad o

⁹ Entrevista No.3. Hombre; Edad 57 años; 4 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

¹⁰ Entrevista No. 8. Mujer; Edad 35 años; 3 años trabajando en el Hospital; Medicina alternativa.

presencia de equilibrio, y en una narrativa la enfermedad mental se equipara al desequilibrio:

“El concepto de salud mental es tan variable, y desde la cosmogonía que tiene la comunidad frente a la salud mental, es que es una desviación del pensamiento y del comportamiento, que es anormal de los demás.... Pues a veces pienso...y he notado que a veces se limitan solamente a la parte del pensamiento coherente o consciente y alerta, ¿sí? pero hay que mirar de una forma más dinámica, más holística”¹¹

“Hay personas que no tienen esa resiliencia del manejo de los conflictos entonces esto es lo que lleva a descompensar en su salud mental. Siempre salud mental lo asocian al que está loco o al que tiene su mente no muy equilibrada, entonces siempre es como el loco, ¿no?” ¹².

“Salud Mental... mucha gente piensa que esto sólo tiene que ver con el psicólogo y el psiquiatra, y que es sólo para los pacientes que presentan algún tipo de desorden mental”¹³.

“Pues salud mental son dos palabras, pero a la vez es muy amplio porque el ser humano como tal llega a un momento de desequilibrio por diferentes situaciones; entonces la salud mental acorde a uno, es el manejo que uno le pueda dar a las

¹¹ Entrevista No.3. Hombre; Edad 57 años; 4 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

¹² Entrevista No.5. Mujer; Edad 42 años; 1 año trabajando en el Hospital; Trabajadora social.

¹³ Entrevista No.11. Mujer; Edad 37 años; 6 años trabajando en el Hospital; Médica general.

diferentes circunstancias, hay personas que no tienen esa resiliencia del manejo de los conflictos entonces esto es lo que lleva a descompensar en su salud mental”¹⁴.

El estigma y discriminación que rodea a la enfermedad mental, en contraposición a la salud mental, emergió de algunas de las narrativas enunciadas por los participantes.

“Yo pienso que hay más conocimiento a nivel médico que a nivel técnico, aunque algunos puedan tenerlo claro, no todos pueden llegar a quitarse ese concepto que dice que el psicólogo es para los locos. A pesar de estar en el área de salud mental, en esta entidad, a veces se puede llegar a tener conceptos erróneos frente a lo que es realmente algo”¹⁵.

“La salud mental la vienen relegando únicamente al ámbito psiquiátrico, en el ámbito psicológico entonces la mayoría de profesionales se desprenden, dicen, “ah no, esa no es mi responsabilidad, es responsabilidad de los otros”, la subestiman, entonces se considera que la salud mental no es tan importante dentro de la patogenia de las enfermedades, sino que es un elemento más que se presenta, e incluso si a veces se presenta, es [considerado] un estorbo para la parte clínica, entonces no sé qué concepto tengan ellos, pero definitivamente está desligado de la posibilidad de que sea algo que sí pueda generar una alteración fisiológica o patológica en el organismo”¹⁶.

¹⁴ Entrevista No. 5. Mujer; Edad 42 años; 1 año trabajando en el Hospital; Trabajadora social.

¹⁵ Entrevista No.6. Mujer; Edad 42 años; 1 año y medio trabajando en el Hospital; Psicóloga.

¹⁶ Entrevista No. 8. Mujer; Edad 35 años; 3 años trabajando en el Hospital; Medicina alternativa.

En algunos entrevistados, su conceptualización de la salud mental se ve atravesada por un sinnúmero de saberes técnicos y científicos, que deben acompañarse con sus propios puntos de vista sobre el tema, en relación con personas afectadas por problemáticas concretas que requieren de la actuación del profesional en salud.

“El concepto de salud mental... surge en la universalidad del abordaje de pacientes o personas que tienen algún tipo de problemática y que son atendidos en instituciones públicas o privadas, que se rigen desde un marco y una normativa internacional, y que se ve reflejada en unos lineamientos de atención dependiendo de la situación específica o problema y desde modelos, en mi caso de intervención psicológica, que van desde modelos de intervención breve hasta modelos más estratégicos”¹⁷.

En cuanto a la especificidad expresada para el concepto de salud mental en relación con las personas víctimas de conflicto armado atendidas en el Hospital de Meissen, las personas entrevistadas reconocieron que la resiliencia y la capacidad para sobreponerse a la adversidad, son algunas de las manifestaciones centrales de salud mental en personas que han vivido en el marco del conflicto armado interno colombiano, pese a que otros atributos reconocibles para la salud mental en el marco de circunstancias no violentas sean difíciles de reconocer para los trabajadores de la salud en sus pacientes afectados por el conflicto armado.

“Lo que yo he visto es que la población colombiana es muy resiliente, tiende a olvidar, a echar tierra como un mecanismo de protección. Entonces, lo que yo he

¹⁷ Entrevista No.2. Hombre; Edad 50 años; 2 años trabajando en el Hospital: Psicólogo.

visto es que la salud mental [en víctimas del conflicto armado] no es ese estado psicológico de bienestar, sino que son como obstáculos [que impulsan] para seguir viviendo, y si la persona está en condiciones de conflicto armado, de temor, de amenaza, de incertidumbre, de dudas acerca de con quien relacionarse, entiendo que no hay muchas manifestaciones de su salud mental. Sin embargo, yo sé que la gente sabe que tendemos a ser alegres entonces puede tener ratos de esparcimiento, de alegría o, en los vínculos con sus seres más cercanos, puede tener la capacidad, estando bajo presión, de manifestar amor, de proteger a los seres que quiere, o sea rasgos que también significan salud mental”¹⁸.

Dado el carácter de funcionarios públicos, y de personas trabajadoras de la salud, que tenían todas las personas entrevistadas, emergió el aspecto normativo que regula la atención en salud de las víctimas del conflicto armado en el país, así como aspectos de la práctica disciplinar del trabajador u organizativos de la atención en salud mental dentro del hospital, en relación con la conceptualización de la salud mental de pacientes víctimas del conflicto armado que hubieran sido atendidos dentro del Hospital de Meissen.

“Normalmente cuando se asiste a la consulta externa el desplazamiento se ha dado años atrás, entonces están cobijados por un marco legal y de apoyo como población especial. Digamos que los temas de adaptación a contextos, temas económicos y temas de vivienda, la mayoría están resueltos, porque el desplazamiento ha sido años atrás, aunque recientemente tuvimos pacientes que

¹⁸ Entrevista No.1. Mujer; Edad 62 años; 32 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

venían de Venezuela por el tema de la frontera y haciendo la transición de una vivienda a otra y reencuentro con familia”¹⁹.

“Salud mental es el área que integra todo el aspecto psico-emocional de las personas donde lo que busca ... es brindar bienestar a los pacientes... ciertos estados de tranquilidad, porque aquellos pacientes que están alterados es porque emocionalmente no están muy bien. Yo pienso que todas las personas que están en el área de salud mental tienen claro que lo que se busca es darles estabilidad emocional a los pacientes y brindarles cierto equilibrio”²⁰

“Creo que es un manejo multidisciplinario, donde tenemos que llevar la parte de nosotros de pediatría, apoyados en psicología, trabajo social y psiquiatría, y se debe prestar mucha atención en estos casos porque se ve mucho volumen de pacientes que pueden estar afectados...y no se trata de tomar todos estos temas con la superficialidad del caso, eso no debería ser así”²¹.

En resumen, se logra enlazar diferentes narrativas sobre conceptos de salud mental que confluyen en algunos casos y se amplían y complementan en otros. Se habla de salud mental desde un enfoque biopsicosocial, conceptualizado como un estado de bienestar global que se relaciona con estados de armonía, equilibrio, satisfacción de necesidades, calidad de vida y resiliencia, así como la enfermedad mental se expresa en términos de desequilibrio. Se encuentra además, que la mayoría de los profesionales entrevistados concuerdan en que aún prevalece el dualismo mente-cuerpo en la mayor parte de los

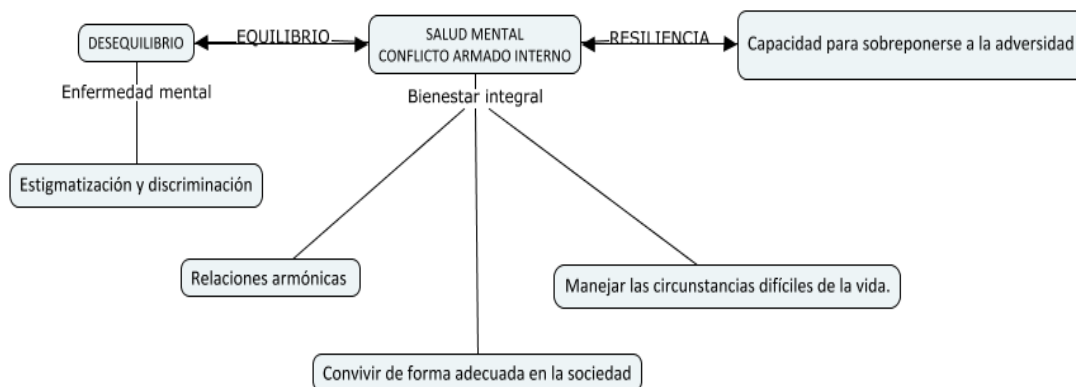
¹⁹ Entrevista No.2. Hombre; Edad 50 años; 2 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

²⁰ Entrevista No. 6. Mujer; Edad 42 años; 1 año y medio trabajando en el Hospital; Psicóloga.

²¹ Entrevista No. 9. Hombre; Edad 53 años; 16 años trabajando en el Hospital; Pediatra.

trabajadores de la salud con los cuales comparten en su lugar de trabajo, principalmente en aquellos que no hacen parte de los servicios de salud mental del Hospital, así como persiste, en la mayoría, el uso de términos estigmatizantes y la consideración de los temas referentes a salud mental como un área exclusiva de la psiquiatría y la psicología. A pesar de esto, se puede advertir entre todos los entrevistados un concepto más holístico, más integral, unificando las necesidades del cuerpo y las de la mente en un mismo concepto de salud.

Figura 5 - 1: Concepto de salud mental en profesionales de la salud del Hospital Meissen, 2015



Fuente: elaboración propia.

5.2 Narrativas de los trabajadores de la salud que atienden víctimas del conflicto armado, sobre la evolución y las vivencias de estos pacientes a lo largo del proceso de atención

Al momento de realizar la caracterización de la población consultante al Hospital Meissen, uno de los entrevistados afirmó que la mayor parte de los pacientes que había atendido eran mujeres. La mayoría de los entrevistados coincidió en que esta población, perteneciente casi en su totalidad a la localidad de Ciudad Bolívar, tiene un alto riesgo psicosocial dadas las condiciones sociodemográficas del sector, puesto que, además de ser la que acoge a la mayoría de personas desplazadas por conflicto armado a nivel de Bogotá, habitualmente campesinas, presenta altos índices de actividad delincuencial, pobreza y bajo nivel educativo:

“Generalmente las personas de Ciudad Bolívar se marcan dentro de la población campesina, población de bajo nivel educativo, no siempre ellos hacen la apertura total para uno saber si ellos si eran simpatizantes de algún grupo pero es población que ha sido manipulada y amenazada y que son gente buena, gente del campo que vieron violar a la hermana, que vieron matar al papá, que salieron con la mamá y el domingo que estuvieron con ella los amenazaron, que les prendieron la casa, que violaron a alguno, una sumatoria de eventos de violencia, pero en general gente del campo, gente sana, gente con poco acceso a la escolaridad, entonces también como que son muy elementales”²²

²² Entrevista No.1. Mujer; Edad 62 años; 32 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

“La población de acá, la que asiste a consulta, la mayoría es población que vive en estratos 0, 1, 2 y algunos 3”²³

“...pues aquí por ser el nivel económico, aquí donde estamos en Meissen que es de una zona roja, de una vulnerabilidad altísima, la mayoría se acoge a este sector, llegan aquí, como que este es el sector de las personas muy vulnerables...”²⁴

“Los que he atendido clínicamente en su mayoría son mujeres, me da la impresión que no solamente es por la reticencia masculina a aceptar la ayuda, sino porque me da la impresión que son más mujeres y son cabezas de familia la mayoría [de las víctimas del conflicto armado]. También algunas de ellas son hijas de las madres cabezas de familia que tuvieron que irse”²⁵

Otra característica importante de esta población, según lo resaltado por dos entrevistados, es la receptividad de estos pacientes a la atención en salud mental que se les ofrece desde el hospital:

“Se involucran en los procesos terapéuticos entendiendo que están recibiendo un apoyo psicológico, se someten a los requisitos de atención psicológica de horarios de los procesos administrativos para obtener la cita sin queja, ya están acostumbrados, toda la población, a tener este tipo de servicios de manejos de IPS y positivo es también que se comprometen con los procesos, asisten y terminan los procesos con mucha adherencia”²⁶.

²³ Entrevista No.2. Hombre; Edad 50 años; 2 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

²⁴ Entrevista No.5. Mujer; Edad 42 años; 1 año trabajando en el Hospital; Trabajadora social.

²⁵ Entrevista No. 12. Hombre; Edad 45 años; 13 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra.

²⁶ Entrevista No. 2. Hombre; Edad 50 años; 2 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

“Pues que sí se pueden tratar, o sea, son personas que cuando tienen la intervención, sí responden a ella; o sea, hicimos el trabajo de musicoterapia con la niña, pues con la señora que vio cómo le mataron a su papá y ella sí logró conectarse, logró hacer las diferenciaciones, quedó más tranquila. Entonces digamos que son personas que sí son accesibles a lo que uno les propone; lo mismo la que te digo que es desplazada, que no tiene empleo, entonces uno habla con ella y sí son accesibles y sí reciben tratamiento de una manera positiva, mejor dicho, están abiertos a lo que nosotros les presentamos”²⁷.

Todos los participantes consideran que, a nivel de salud mental hay manifestaciones tanto negativas como positivas en las personas que han sido expuestas a situaciones adversas como el conflicto armado. Coinciden, además, en que la mayoría de las manifestaciones que se observan en la consulta son predominantemente negativas y estas tienen un impacto en la forma en que se relacionan con su familia, con sus otras redes significativas y los nuevos contextos a los que se ven expuestos, puesto que aparece la desconfianza y el temor; además de tener implicaciones en la forma en que se adaptan a sus nuevos estilos de vida:

“Incertidumbre, miedo, desconfianza, una gran desconfianza por todo. Algo que para mí es grave en términos de salud mental es un pasar desapercibido y un no involucrarse, una indiferencia que va acompañada de miedo, puede que le mueva algún grado de sensibilidad lo que pasa pero no se inmiscuye y no se mete, una aparente indiferencia y comportamentalmente una apatía a involucrarse, a opinar, a defender, a guiarse, a hacer asociación, entonces tiene tendencia al aislamiento

²⁷ Entrevista No. 7. Mujer; Edad 52 años; 2 años trabajando en el Hospital; Médica, musicoterapeuta.

*y tiene repercusiones en la misma solidez de los vínculos y en ejecutar y llevar a cabo un proyecto de vida porque siempre está pensando en si me van a sacar, si me voy a ir, si me van a quitar esto que tengo, si me van a acusar de ser de algún grupo, si ya me hicieron daño*²⁸

*“Problemas como la desesperanza, problemas de adaptabilidad, personas que sienten miedo, son personas que tienen traumas que difícilmente superan las cosas, digamos otro tipo de problemas que a veces para otras personas que no han sido afectadas, la misma situación puede ser un poco más fácil de superar y salir del conflicto; y en temáticas de salud y en general, por ejemplo, respecto al manejo del dolor uno se puede dar cuenta que los pacientes que han sido víctimas del conflicto y de algún tipo de violencia tienden a tener menos herramientas para tener control del dolor. Así es que lo desvían, inclusive diciendo que no tienen dolor y su cuerpo está manifestando otra cosa como en otros aspectos, en el dolor físico sino como en una tristeza o depresión crónica.”*²⁹

“...es una persona que no se pueda adaptar a un medio, al medio en que está, ya sea nuevo debido a las consecuencias de su desplazamiento o de las adversidades que ha tenido debido a su situación personal pero que no le ha sido fácil adaptarse, entonces ahí digamos, pensaría que todo lo que signifique todas las características

²⁸ Entrevista No. 1. Mujer; Edad 62 años; 32 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

²⁹ Entrevista No. 14. Mujer; Edad 46 años; 3 años trabajando en el Hospital; Fisioterapeuta, musicoterapia.

*de una persona desadaptada: que no puede manejar las emociones, que no puede manejar la interacción con sus pares*³⁰

De acuerdo a las narrativas de los profesionales entrevistados, se puede advertir que la tercera parte de ellos concuerda con que los síntomas y trastornos ansiosos y depresivos son las manifestaciones negativas más frecuentemente observadas en las víctimas del conflicto armado que han tenido la oportunidad de atender. Sólo uno de los participantes considera que otra de las manifestaciones negativas frecuentes es el TEPT, en contraposición a otros dos participantes que la consideran una manifestación más bien infrecuente. También se identifica otro problema importante y frecuente durante la consulta de esta población, como es la violencia intrafamiliar. Lo anterior fue identificado principalmente por profesionales de la salud mental:

*“Desde la parte clínica y desde la parte de psiquiatría uno encuentra síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, ambos tipos de síntomas crónicos, como distimia o trastornos depresivos recurrentes. También elementos de estrés post-traumático, aunque menos frecuentes, consumo de sustancias y problemas intrafamiliares con violencia, violencia de pareja, maltrato hacia los niños, cosas así. Eso clínicamente hablando, ahora, el problema social es muy grande porque llega gente que tiene otra visión del mundo, otra cultura a un lugar depredador como es un cinturón de miseria de una ciudad grande y eso genera un problema social grandísimo...”*³¹

³⁰ Entrevista No. 7. Mujer; Edad 52 años; 2 años trabajando en el Hospital; Médica, musicoterapeuta.

³¹ Entrevista No. 12. Hombre; Edad 45 años; 13 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra.

“Si, han sido sujetos de episodios depresivos, de episodios ansiosos, de trastornos adaptativos, entonces puede que en el momento que uno interactúa con ellos no tengan ya ese tipo de síntomas, pero si han manifestado ese tipo de patologías muy probablemente”³²

“...desde la parte mental y psicológica muchos trastornos depresivos, ansiosos, eso es lo que más se ve. Vemos más lo negativo que las cosas positivas”³³

“No he visto tanto estrés post- traumático que uno podría suponer que hay por las cosas que han vivido, pero no hay un control de variables para decir que yo cogí una población al poco tiempo de haberle sucedido, sino que la población va llegando accidentalmente, entonces no”³⁴.

Emergen también de estas narrativas, consideraciones que involucran a poblaciones altamente vulnerables, como son las mujeres y los niños:

“En adultos, la mayoría mujeres, se caracterizan por tener trastornos depresivos y de ansiedad, trastornos mixtos que tienen que ver con una historia muchas veces ligada a abuso, maltrato, triangulaciones familiares, procesos simétricos manipulatorios que se dan en la familia en su infancia y que se ven reflejados en la adultez. En hombres, que es la minoría, trastornos de ansiedad casi siempre y en

³² Entrevista No. 6. Mujer; Edad 42 años; 1 año y medio trabajando en el Hospital; Psicóloga.

³³ Entrevista No. 4. Mujer; Edad 38 años; 7 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

³⁴ Entrevista No. 1. Mujer; Edad 62 años; 32 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

*adulto mayor también depresión. Algunas pacientes tienen temas de autoagresión y otras vienen por problemas de crianza de sus hijos, maltrato o violencia*³⁵

*“Pues, son diferentes los casos, pero algunos llegan retraídos, callados, introvertidos. Pero también es un espectro tan amplio que vemos otros casos de niños que ya vienen formados con esa idea de la violencia; y esa agresividad que pareciera estar manifestando cómo va a ser cuando sean adultos*³⁶

*“...en la infancia se presentan problemas escolares, de rendimiento escolar, de aprendizaje, de transición de un ciclo vital a otro, algunos definidos con trastornos de hiperactividad o perturbación de la atención y la actividad y la mayoría de ellos, de base, tienen que ver con procesos de desarrollo familiar y crianza. Independientemente del síntoma de base, hay un tema familiar en esos niños*³⁷

Dentro de las narrativas, como se mencionó anteriormente, se observa también la referencia a la presencia de manifestaciones positivas que pueden surgir a partir de la exposición a eventos traumáticos como el conflicto armado, reapareciendo acá el concepto de resiliencia como tema central, junto con la importancia de las redes sociales, de la familia y la asociación con las personas que comparten circunstancias similares:

“Entonces como uno empieza a activar redes entonces por lo menos la mayoría viene del campo, y vienen de que sus labores son de campo, entonces llegan a la ciudad y ya ven otras opciones y para salir a trabajar debe de buscar otras formas

³⁵ Entrevista No.2. Hombre; Edad 50 años; 2 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

³⁶ Entrevista No. 9. Hombre; Edad 53 años; 16 años trabajando en el Hospital; Pediatra.

³⁷ Entrevista No. 2. Hombre; Edad 50 años; 2 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

entonces por lo menos...de pronto es lo positivo, el no estancarse en la adversidad, el buscar un futuro mejor”³⁸

“En lo positivo pienso que son pacientes que se restablecen, logran una resiliencia y se restablecen frente a lo vivido”³⁹

“En cuanto a lo positivo pues no hay mucho pero que digamos, lo que se puede rescatar, la resiliencia que algunas personas han mostrado pese al evento que les ha ocurrido”⁴⁰

“He podido ver que la gente es como más cercana y apegada con la familia y con la misma gente que está viviendo la misma situación”⁴¹

Con respecto a las narrativas relacionadas con las condiciones que influyen en que una persona expuesta a estas situaciones adversas logre sobreponerse, e incluso se adapte positivamente y fortalezca su salud mental, el total de participantes concuerda en que la presencia de redes familiares y sociales activas es un aspecto protector, las cuales se ven debilitadas en este contexto. También se menciona la importancia de las creencias, la cultura y otros vínculos significativos en sus vidas, como factores que propenden por el bienestar mental:

“Yo creo que cuando la gente tiene valores en los que cree, tiene principios con sentidos y significados previos sean de su familia, sean de su grupo étnico, sean

³⁸ Entrevista No. 5. Mujer; Edad 42 años; 1 año trabajando en el Hospital; Trabajadora social.

³⁹ Entrevista No. 6. Mujer; Edad 42 años; 1 año y medio trabajando en el Hospital; Psicóloga.

⁴⁰ Entrevista No. 10. Mujer; Edad 24 años; 1 año trabajando en el Hospital; Enfermera Jefe.

⁴¹ Entrevista No. 11. Mujer; Edad 37 años; 6 años trabajando en el Hospital; Médica general.

relacionados con el arte o con cosas que para ellos son importantes, son un eje muy importante para que ellos se reconstruyan, o sea quien tiene esos significantes, llámese en amor, en verdad, en Dios, en arte, lo que sea que para esa persona sean valores o políticas también, eso para la persona son su soporte. Cuando la persona no tiene casi de esos referentes es mucho más difícil y es más circunstancial y las cosas ocurrieron de una manera más caótica”⁴²

“Si es una persona totalmente sola que no cuenta con nadie, es más fuerte toda la situación que haya vivido. Cuando tiene alguna familia o cuenta con alguna red de apoyo que lo acompañe se tienen mejores resultados en el proceso”⁴³

“Si no tienen red de apoyo familiar o social o es nuda, yo diría que eso es crítico, podríamos decir que eso es el 70 y 80% de que tengan manifestaciones positivas o negativas”⁴⁴

Aparece también, en una tercera parte de los entrevistados, la importancia de las características de la personalidad como un aspecto que determina la capacidad de afrontar y adaptarse a los cambios y situaciones desfavorables:

“Hay variables de personalidad que por sus modelos son más resilientes o tienen mayores herramientas emocionales para afrontar la adversidad y los cambios”⁴⁵.

“Yo pienso que un factor determinante es la personalidad, características y rasgos de la personalidad, así mismo es como las personas hacen su afrontamiento

⁴² Entrevista No. 13. Hombre; Edad 51 años; 19 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra, musicoterapeuta.

⁴³ Entrevista No. 4. Mujer; Edad 38 años; 7 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

⁴⁴ Entrevista No. 8. Mujer; Edad 35 años; 3 años trabajando en el Hospital; Medicina alternativa.

⁴⁵ Entrevista No. 1: Mujer; Edad 62 años; 32 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

positivo o negativo y lo que llamamos nosotros ese 50% del ambiente que nos habla de la experiencia, lo que ha aprendido, cómo afrontar dificultades desde pequeño, esas son las estrategias y herramientas para afrontar las situaciones. Entonces sería 50% la genética que va en nosotros, en esas va incluida la personalidad, y el 50% cómo se ha desarrollado en el ambiente para afrontar esos problemas más chiquitos que se van presentado en la vida”⁴⁶

“Vemos la personalidad porque si, por ejemplo, si las personas son sociables, son con un poco más de confianza, son extrovertidas, entonces es mucho más fácil que puedan superar este tipo de situaciones, en cambio las personas que no, es más complicado porque la persona fuera de eso es introvertida y fuera de eso las personas le hicieron daño entonces se cierra muchísimo más”⁴⁷

Según lo encontrado en las narrativas, aproximadamente una quinta parte de los profesionales estima que la religión actúa como un factor protector ante las posibles manifestaciones negativas sobre la salud mental de la población víctima de conflicto, principalmente en los adultos:

“Uno siempre habla de la religión como factor protector, pero eso les sirve y mucha gente se refugia en eso y pues se reconfortan si se habla de adultos, para los peaos no me parece que eso los proteja mucho”⁴⁸

⁴⁶ Entrevista No. 4; Mujer; Edad 38 años; 7 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

⁴⁷ Entrevista 10. Mujer; Edad 24 años; 1 año trabajando en el Hospital; Enfermera jefe.

⁴⁸ Entrevista No. 12. Hombre; Edad 45 años; 13 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra.

“...pero esta otra paciente reaccionó mejor podríamos decir, porque es una mujer como más emprendedora, como que tuvo la necesidad de agarrarse de la religión y sentir que tenía alguna protección por la aparte religiosa, entonces sé que tuvo que venir a la ciudad, fue víctima de abuso sexual repetidamente por las personas del conflicto, pues y cuando llega acá a la ciudad se encuentra con una persona que se vuelve su pareja y puede dedicarse a trabajar y tener su negocio”⁴⁹

Surgen dos narrativas alternativas en donde se hace la distinción entre las víctimas de conflicto armado y los victimarios, recalcando que en estos últimos se encuentran más dificultades para perdonar y adaptarse a contextos diferentes. Estas narrativas provienen de dos entrevistados de género masculino, ambos profesionales de la salud mental:

“Entonces creo que tiene más recursos la persona que ha sido víctima y que no fue un actor de la violencia, pues es un actor pasivo. La persona que fue víctima debe perdonar en su proceso, reestructurar cosas, reconstruir vida y otras cosas. Los otros que he visto, que han sido actores de la violencia y han hecho masacres ellos mismos y que su familia se la mataron, todo ese enredo con retaliaciones y están más enredados, o sea que digamos que sus recursos les alcanzan menos porque ellos mismos tienen muchas cosas que no se perdonan”⁵⁰

“Adaptarse a esta ciudad no ha sido fácil, además de que estaban allá en la selva, era lo que me decía uno desde Caquetá, me refería que allá al menos tenía con que mandar y tenía un grupo para organizar el ganado y lo tenían también para cuidar ganado, gallinas, marranos y administraban, pero controlado por el grupo

⁴⁹ Entrevista No. 8. Mujer; Edad 35 años; 3 años trabajando en el Hospital; Medicina alternativa.

⁵⁰ Entrevista No. 13. Hombre; Edad 51 años; 19 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra, musicoterapeuta.

guerrillero. Al llegar acá, pues simplemente estaba limitados a un sueldo mínimo y tenían que esperar a que les pagaran y ese poquito de plata no les alcanzaba y resultaban en barrios marginados como Ciudad Bolívar al norte, porque también hay un cinturón de miseria y escondidos allá a todas horas no tenía la libertad de ser y de crecer. Entonces hay una frustración, o sea, ahí no hay salud mental”⁵¹

Otro factor que influye en la salud mental, mencionado por la mitad de los entrevistados, es la escasa participación del Estado en el cubrimiento de las necesidades de esta población en riesgo, así como la deficiente facilitación de oportunidades similares a las de otras poblaciones:

“Yo creo que el gobierno se ha olvidado de esa parte, creo que falta más estructura para la reinserción y la adaptación de estas personas a la sociedad; no solamente acá en Bogotá, sino en las otras ciudades intermedias y se quedan cortos en el plan de desarrollo para la educación, y no solamente para él, sino para su familia y sus hijos y esposa”⁵²

“En una sociedad que por falta de oportunidades estos niños van a manifestar estas secuelas cuando sean pacientes grandes y se vuelve un círculo vicioso. Que no se le dé la educación desde la primera infancia, qué no se le dé oportunidades para surgir, para ser alguien en la vida”⁵³

⁵¹ Entrevista No. 3. Hombre; Edad 57 años; 4 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

⁵² Entrevista No. 3. Hombre; Edad 57 años; 4 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

⁵³ Entrevista No. 9. Hombre; Edad 53 años; 16 años trabajando en el Hospital; Pediatra.

“El Estado no tiene capacidad de respuesta y las instituciones están mal organizadas, no tienen equipos formados para esto, la información que hay no se sistematiza, no se organiza y no se sabe bien como trabajan, entonces se trabaja muchas veces es por las buenas intenciones de los que están allí, pero no hay trabajos estructurados que permitan guiar como hacerlo”⁵⁴.

En contraposición a las narrativas anteriores, aparecen tres narrativas que se enfocan en el uso inadecuado, por parte de algunas víctimas del conflicto armado, de los servicios que les provee el Estado, lo que permite perpetuar la etiqueta de “víctima” con el fin de continuar recibiendo sus beneficios. Estas narrativas alternativas predominaron en los entrevistados de género masculino y con profesiones relacionadas con la salud mental:

“...ellos necesitan y requieren que todo el mundo les esté ayudando, entonces ya empiezan a ser victimizados y ya cogen de que todo el mundo tiene que ayudarles, pero no quieren superar las circunstancias, sino que todo el mundo me ayude y exigen que todos les ayuden”⁵⁵

“Y llegar entonces y saber que el concepto de que estas personas desplazadas, para ellos se formaron mentalmente unos imaginarios en los cuales el gobierno les prometió y les iba a dar garantías, y ellos se convierten entonces en que les deben dar, se vuelven exigentes y piden más y pide y piden y entonces se vuelven dependientes al estado y el Estado no puede cubrirles todo eso, tampoco, ¿sí? y

⁵⁴ Entrevista No. 13. Hombre; Edad 51 años; 19 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra, musicoterapeuta.

⁵⁵ Entrevista No. 5. Mujer; Edad 42 años; 1 año trabajando en el Hospital; Trabajadora social.

no se puede ser tampoco paternal para cubrirles a todos los desplazados y a todos los agentes de conflicto”⁵⁶

“...negativamente podría ser el síndrome cronificación del desplazado donde la persona ya va adaptándose, ya adquiere bienes, se estabiliza, hasta el acento lo agarra, pero sigue diciendo que es un desplazado toda la vida, entonces como que no se libera de eso”⁵⁷

Se logra identificar en dos narrativas, la mención explícita de la presencia de barreras de acceso de las víctimas del conflicto armado a la atención en salud en general, desde la falta de recursos físicos o humanos para llevar a cabo la atención, hasta la deshumanización de los profesionales de la salud que enlentece la continuidad y eficacia de los procesos de atención:

“Y de pronto el otro gran porcentaje, como estas personas de alguna manera u otra están consultando a la parte de salud, como a los sistemas de salud, muchos acusan también la frialdad y la poca humanización de la atención por parte del médico, y esto hace que ninguno pueda expresar su conflicto, nunca entren en la confianza para poder dialogarlo y ya se sabe que si no se puede dialogar, entonces es como que hay un cuerpo extraño que está ahí metido y no puedo sacar; entonces se va a volver un consultador crónico, se va a volver un problema para el sistema salud y para la sociedad, todo. Entonces sí yo diría que el Estado y la parte familiar

⁵⁶ Entrevista No. 3. Hombre; Edad 57 años; 4 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

⁵⁷ Entrevista No. 12. Hombre; Edad 45 años; 13 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra.

son críticos y de hecho son la mayor parte y la deshumanización por parte de los profesionales de la salud”⁵⁸

“Hay muchas barreras de acceso para las personas y estas personas además se han metido en muchos otros problemas por ejemplo con el tema de la delincuencia, de drogas, mejor dicho, lo que ya estaba enredado se enredó más. Ahora, cuando llegamos a atenderlos, a trabajarlos, ellos llegan a nosotros, no nosotros a ellos que tal vez debería ser esa la posición. Cuando llegan no hay disponibilidad, ni recursos para darles la atención óptima. Tratamos de hacer lo mejor con ellos, pero sabemos que tenemos déficit y va a sonar muy pedante, pero si yo que me he formado mucho para tener herramientas tengo déficit, sé que otra gente tiene déficits más grandes todavía para abordarlo. Y los pacientes por sus mismas problemáticas es difícil darles una continuidad en el tiempo. Entonces lo que sería como la parte de atención o asistencial no se logra dar”⁵⁹

La interdisciplinariedad que surge entre diferentes profesionales de la salud que trabajan en el mismo contexto, se hace evidente en algunas de las narrativas:

“...el servicio de medicina alternativa y salud mental y clínica del dolor, se le ha hecho la fuerza y todos trabajamos así, todos somos así. Todos trabajamos en conjunto, todos nos apoyamos, si necesita algo clínica dolores allá caemos, si necesita algo salud mental, allá estamos; yo como servicio si necesito algo, que me

⁵⁸ Entrevista No. 8. Mujer; Edad 35 años; 3 años trabajando en el Hospital; Medicina alternativa.

⁵⁹ Entrevista No. 13. Hombre; Edad 51 años; 19 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra, musicoterapeuta.

vean alguien especializado en clínica del dolor o en salud mental y está la profesional que me la puede ver”⁶⁰

“...nosotros tenemos un programa que se llama Enlace y en él trabajamos tres profesionales que son: Psiquiatría, Psicología y por supuesto Trabajo social. Entonces hacemos un engranaje con ellos, con la familia, y le hacemos todo un acompañamiento mientras que esté en la hospitalización que requiera”⁶¹

“Pues yo no sé si eso ahí parezca mío, pero es que lo que pasa es que yo he trabajado en varios hospitales y en el caso de aquí particular de Meissen lo que pasa es que es fuerte la intervención de Salud Mental; es rica es, variada, se trabaja en equipo. Entonces no solamente es por psicología o psiquiatría, sino que también intervienen para el caso de clínica el dolor, que es algo multidisciplinario entonces aquí todos los profesionales de la Salud Mental se unen con los de medicina alternativa entonces están las terapias neurales, está acupuntura, homeopatía, musicoterapia, y acá, por lo que veo, ellos se sienten diferentes”⁶²

De una quinta parte de las narrativas emerge la percepción de la falta de visibilidad e identificación de las víctimas del conflicto armado como tal en el Hospital, puesto que, según lo narrado por los entrevistados, generalmente consultan por diversas condiciones, más no por el sólo hecho de ser parte de esta población:

⁶⁰ Entrevista No.8. Mujer; Edad 35 años; 3 años trabajando en el Hospital; Medicina alternativa.

⁶¹ Entrevista No. 5. Mujer; Edad 42 años; 1 año trabajando en el Hospital; Trabajadora social.

⁶² Entrevista No. 14. Mujer; Edad 46 años; 3 años trabajando en el Hospital; Fisioterapeuta, musicoterapeuta.

“Sí, acá en Ciudad Bolívar hay mucho paciente desplazado, muchos son muchos, que realmente muchas veces no llegan a la consulta con el diagnóstico de desplazamiento o víctima del conflicto armado, sino que llegan a la consulta porque tienen ansiedad, porque tienen gastritis, porque no duermen, tienen alteración del sueño, pero sí, yo acá he visto muchas víctimas de desplazamiento en condiciones violentas”⁶³

“Normalmente cuando se asiste a la consulta externa, el desplazamiento se ha dado años atrás entonces están cobijados por un marco legal y de apoyo como población especial. Digamos que los temas de adaptación a contextos, temas económicos y temas de vivienda la mayoría están resueltos porque el desplazamiento ha sido años atrás...”⁶⁴

“La mayoría de las veces es así, están en consultas de otras cosas, digamos medicina interna, ortopedia, por dolores crónicos, por enfermedades crónicas y allá les detectan síntomas depresivos y los remiten, pero la palabra víctima de conflicto o desplazado, esas palabras no vienen en la remisión, ni en la historia clínica anterior, son palabras que empiezan a manejarse en la consulta de psiquiatría. Esa categoría de víctima no es muy visible en la atención médica de otras especialidades o en la atención médica general”⁶⁵

En todas las narrativas se hace mención a diferentes ejemplos de pacientes que han sido atendidos en el Hospital Meissen por los profesionales entrevistados, los cuales fueron

⁶³ Entrevista No.1. Mujer; Edad 62 años; 32 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

⁶⁴ Entrevista No.2. Hombre; Edad 50 años; 2 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

⁶⁵ Entrevista No. 12. Hombre; Edad 45 años; 13 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra.

víctimas del conflicto armado, dentro de los que se incluyen mujeres, hombres y niños, afectados a diferentes niveles:

“Un caso de una niña de 14 años que llega a consulta porque está deprimida y se estaba lacerando la muñeca y al indagar en la historia ella fue víctima de la violencia y a su hermano lo mató el ejército y a ella la quisieron matar a los 4 años y cuando eso pasó la mamá la metió en un hueco y el ejército le disparaba y disparaba y no la pudieron matar. Ella viene 10 años después del evento a consulta porque estaba muy ansiosa, con elementos de ansiedad y depresión, pero con buena resiliencia y con una capacidad adaptativa importante porque llegó a Bogotá con su mamá, hicieron sus estudios y quería obtener una beca para irse a otro país”⁶⁶

“con una que traté, ¿puedo relatar una? pues lo que ella me contó es que tuvo la oportunidad de ver a la guerrilla, creo que llegaron y masacraron a su familia y la cortaron en pedazos a su papá, entonces ella estaba muy traumatizada por esa experiencia y entonces trabajamos las características de ella, tenía un nivel de ansiedad permanente, básicamente eso, estaba deprimida y eso que ese suceso ya había pasado hacía varios años; igual ella ha tenido atención en varias ocasiones pero sigue presentando eso”⁶⁷

“Hace un tiempo llegó un niño que llegó por una patología, en el momento no estaba en la parte psicológica, por otra patología clínica pero que en su recuento sólo vivía con su padre y comentaba el padre que como un año atrás aproximadamente

⁶⁶ Entrevista No. 2. Hombre; Edad 50 años; 2 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

⁶⁷ Entrevista No. 7. Mujer; Edad 52 años; 2 años trabajando en el Hospital; Médica, musicoterapeuta.

*cuando él se encontraba fuera, en esos momentos él no estaba, esto fue por los lados de Antioquia y pues salieron desplazados hacia Bogotá. Y decía que la habían matado a su señora y a tres hermanitos más del niño, y el niño que estábamos tratando era el único hijo que se había salvado y que las autoridades por la zona tan delicada no habían podido ir a auxiliarlo y entonces el niño tal vez convivió unas 24 horas debajo de una cama al lado de su madre y sus hermanitos fallecidos hasta que llegaron las autoridades a rescatarlo*⁶⁸

Se menciona en dos entrevistas, no sólo la afectación en la salud mental de las víctimas, sino de los victimarios; aquellos actores del conflicto que pertenecieron a grupos al margen de la ley y se encuentran en proceso de reinserción a la vida civil, en los cuales también se logra observar la marca de la guerra en sus vidas:

“...recuerdo un paciente en el cual él era el jefe de los paramilitares en el Medio Magdalena y él refería estar allá con el poder de mandar y de desmandar y le era tan fácil de decir que había matado a varias personas y que había hecho tortura a varias personas, pero también revisando la historia de él en varias secuencias de sesiones, él fue un niño maltratado, un niño abandonado de sus padres, entonces él recibió maltrato infantil, violencia en la adolescencia y la supervivencia en los grupos armados le dio como un estatus diferente. Y al estar reintegrándose aquí a la sociedad no había podido lograr desprenderse de eso y se había vuelto violento, agresivo y otro componente, además de eso, tenía un trastorno afectivo-bipolar.

⁶⁸ Entrevista No. 9. Hombre; Edad 53 años; 16 años trabajando en el Hospital; Pediatra.

Cuando estaba en esas crisis se le dispara la manía y él empezaba a atracar y a matar gente aquí en Bogotá”⁶⁹

“Voy a poner dos ejemplos, un señor guerrillero, él era un combatiente y le mataron su familia y mejor dicho él mataba y mataba y era un guerrero y luego mataron a todos sus hijos, entonces luego era guerrero y lleno de odio y lleno de un enredo tenaz y después farmacodependiente, pesado y con cosas muy difíciles. Y otro fue un muchacho para a quién lo obligaron a picar a la gente, él era el picador y lloraba mientras picaba y después le dijeron que servía para eso y los obligaban a hacer y eso y ya después era el duro para eso. Ese también fue un enredo muy grande en su vida, entonces estos dos tienen muchas más dificultades porque no logran perdonarse a sí mismos muchas cosas, ni perdonan al otro que los obligó, tienen muchos rencores en el que solamente han sido víctimas, creo que tienen un alma más limpia y es más fácil de hacer algo, aunque haya sido víctima”⁷⁰

Emergen narrativas que ejemplifican la resiliencia y la capacidad de utilizar estas experiencias dolorosas como medios para ayudar a sanar heridas ajenas de personas en situaciones con características similares:

“Una señora que tenía 8 hijos, a ella le tocó venirse para acá y dejar abandonado absolutamente todo. Yo no podía entender cómo hizo ella con sus hijos y como salió adelante a pesar de eso y cuando uno le hablaba del tema ella entraba en llanto, apenas estaba saliendo de la crisis, pero era

⁶⁹ Entrevista No. 3. Hombre; Edad 57 años; 4 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

⁷⁰ Entrevista No. 13. Hombre; Edad 51 años; 19 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra, musicoterapeuta.

sola, llegar a una ciudad sola, yo decía es de admirar porque siento que no es fácil y esas son cosas que a uno como profesional lo tocan sin querer porque uno dice ¿cómo hace? ¿Cómo se le puede ayudar? Sin embargo, a ella se le brindó toda la ayuda y la ley y le ayudó a salir a adelante, y se le ayudó con mercado, pero no deja de ser una situación difícil”⁷¹

“Hay otro caso que me llamó mucho la atención fue una señora que había salido en el periódico, que los periodistas la contactaron y ella contó su historia y la publicaron en El Tiempo y ella como que se libró con eso, estaba feliz, entonces yo hasta me rebusqué el periódico, fue a una cita de primera vez y la publicación había sido recientemente, como un mes antes, entonces hubo manera de buscar el periódico y yo saqué el recorte y se lo guardé, pero no volvió a citas. Yo me quedé con el recorte, pero me llamó la atención que ella había hecho como una catarsis. Antes de la publicación ella había estado en medicina interna, tal vez lo que la contacto con la prensa era que ella si hablaba de su experiencia abiertamente y el internista si decía: paciente víctima de desplazamiento y la remitió, pero no hablaba de síntomas de depresión ni nada, ella era al revés porque lo habitual es que sean síntomas depresivos, síntomas de ansiedad o insomnio, ella no, esta paciente era víctima de desplazamiento y por eso la remitieron. No es lo usual, me pareció a mí que era más bien por lo que acababa de ocurrir porque ella seguía buscando creo que era a una hija o un hijo, no me acuerdo bien y ocho o nueve años después seguía buscándolo, pero en ese

⁷¹ Entrevista No. 6. Mujer; Edad 42 años; 1 año y medio trabajando en el Hospital; Psicóloga.

lapso se había convertido en una vocera líder de las víctimas de desplazamiento de acá de la ciudad.”⁷²

En una de las narrativas se identifica la importancia de la influencia de los síntomas emocionales en los síntomas físicos, como por ejemplo el dolor intratable, así como la relevancia del lenguaje no verbal que también pretende comunicar; la importancia de tener una visión del marco de referencia interno del paciente para maximizar la oportunidad de aprehender, sino en su totalidad, por lo menos parte de su experiencia:

“Recuerdo un caso de un señor que estuvo hospitalizado acá en urgencias, pues él estuvo mucho tiempo en cama por dolores severos en una parte del cuerpo específica y el señor, mira era un dolor que le hicimos de todo, o sea, son personas que tu vez que uno le hace de todo y no funciona y el señor, tú notabas que había algo más, porque nosotros no sabíamos el pasado de él, solamente él decía que venía de otro país porque estaba exiliado, pero ya que después que uno iba a donde el señor uno notaba de la ansiedad permanente que le acompañaba, el miedo tan hijuemadre de salir del hospital, porque eso fue lo que después en revista médica concluimos, el señor tiene es pánico de estar afuera desprotegido, tenía pánico porque había retornado al país y ahí empezó como con paranoia a enfermarse... se exilió en otro país, en ese país adquirió unas enfermedades y cuando volvió acá al país entró en pánico y empezó a sentir muchas manifestaciones somáticas, empezó a sentirse muy enfermo y era una persona que

⁷² Entrevista No. 12. Hombre; Edad 45 años; 13 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra.

para muchos médicos lo catalogamos como problema, porque como le digo no le sirve nada, el alivio era mínimo de la sintomatología y era un paciente que era muy demandante porque decía “es que no me pueden dejar solo, es que no me pueden dejar solo; o sea, es que como me van a dejar así”. Y aunque él no lo decía abiertamente como era un consultador permanente entonces nosotros decíamos “no, este señor no quiere estar en la casa, no quiere porque se siente inseguro” entonces imagínate cómo va a ser la vida de una persona así”⁷³

“una señora que también le tocó muy duro, que tenía tres hijos y es un caso también impactante que, en su salud mental digamos pues era tanto el trauma, yo creo que ya tenía depresión profunda... la mirada, lo que contaba. Nosotros hacíamos terapias entonces la voz de ella la delataba, no participaba, no cantaba, la tonalidad era triste, los instrumentos... yo tengo algunos que llevo a las terapias y ella siempre tocaba la misma música; hay unas circunstancias que reflejan el estado de ánimo y no siempre es así como una fórmula, pero sí, sí da una idea, ese sonido que uno escucha, esa expresión corporal, esa expresión facial. Entonces, es decir, ahí había un error y la paciente siempre se manifestaba en sus improvisaciones con tonadas tristes, ya cuando se va a la parte cognitiva de explicar la experiencia musicoterapia, pues sí, se confirma que la persona había estado muy golpeada y además de todo, a su hijo menor lo estaban abusando, pero ya aquí en Bogotá, y todo desde afuera todo en una cadena de cosas, Y ya aquí los obligaban a estar en un albergue... tenía protección, tenía un apoyo de un refugio, pero fue después. Ella llegó a vivir acá y pasó lo que te conté del hijo aquí, lo del abuso y ella venía

⁷³ Entrevista No. 8. Mujer; Edad 35 años; 3 años trabajando en el Hospital; Medicina alternativa.

de Tolima amenazada y desplazada, con una mano adelante y otra atrás y es que yo ahora no recuerdo porque ella mencionaba tres hijos, como que uno de sus hijos era mayor, el más grandes y el tercero, el menor, era él que era víctima”⁷⁴

Se mencionan algunos casos en los que ha ocurrido violencia sexual en situaciones asociadas a conflicto armado, hecho que no es infrecuente en este contexto. Además, permite observar como la violencia de cualquier tipo puede ser repetida dentro de las mismas familias que han sido víctimas:

“Era un señor que llegó donde yo trabaja en ese momento en Fontibón, traía su niño de 5 años y había sido víctima de abuso sexual y venía muy dolido porque estaba desplazado y le habían tenido retenida a su esposa y a su hija y se las habían devuelto a las dos embarazadas, tanto a la esposa como a la hija, entonces yo estaba evaluando al niño por abuso sexual y el señor estaba lleno de rabia, de todo quería hablar y quería graficarme todo lo que él había vivido hasta el punto que ahí en la consulta se bajó la sudadera que tenía y la ropa interior y me mostró que lo habían torturado y le habían pegado un tiro y le habían volado los testículos el día que se le llevaron la esposa y la hija”⁷⁵

“Hubo un caso muy significativo porque llegó a urgencias, hace como 5 años, una niña como de 18 meses, yo la valoré un domingo...a mí me dio por bajar y ver a la niña, que estaba hospitalizada, tenía fractura en los dos pies, fractura en las dos manos, tenía esquirlas en la cabeza y en la cara, se veía que era desnutrición

⁷⁴ Entrevista No. 14. Mujer; Edad 46 años; 3 años trabajando en el Hospital; Fisioterapeuta, musicoterapeuta.

⁷⁵ Entrevista No. 1. Mujer; Edad 62 años; 32 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

porque estaban sus ojos hundidos y sus costillas...yo subí, miré a la mamá, al ver yo a la niña como estaba no quería ser muy condescendiente con ella y preguntarle al grano. Nosotros desde psicología de la salud que es muy diferente a las otras, nosotras vamos con el acto médico siempre, a mí el médico me está diciendo, yo observo que pasó esto y esto, desnutrida, tiene sus extremidades partidas, en ese momento la estaban estabilizando pero era fractura y las esquirlas, entonces cuando yo la abordo con eso le digo: aquí me tienes que decir qué pasó, eso no fue que se cayó, entonces como que me le puse más sería cogiéndome de la parte médica y en ese momento ella desborda y dice: está bien, voy a decir la verdad: yo le pegué. ¿Le pegaste? ¿Cuántas veces le pegaste? Porque igual seguía yo pensando que para ser una fractura no tuvo que haber sido solamente una vez, entonces ella dijo: 'es que no la quiero, me desespera, cuando llora me desespera, yo la cojo contra el vidrio, contra las paredes', desde de los 18 meses, llevaba mucho tiempo con el maltrato y no sabemos desde qué tan pequeña, y yo le pregunto, teniendo ya una vez la información que queríamos oír: ¿qué paso?; entonces yo le pregunto: ¿tú puedes decirme por qué pasó esto, por qué la maltratas, hay algo que quieras contarme? Y ahí es cuando ella me dice que la niña había sido víctima de una violación, que la violó la guerrilla, que ella era desplazada y pues la bebé era producto de una violación, que la habían tenido en cautiverio mucho tiempo y después cuando la dejaron y volvió donde su mamá ella también ya había sufrido maltrato”⁷⁶

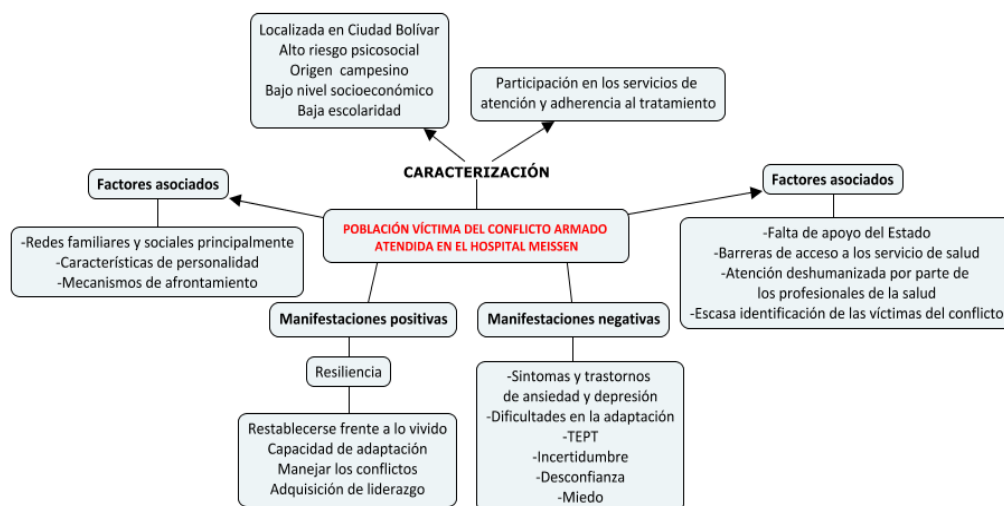
⁷⁶ Entrevista No.4. Mujer; Edad 38 años; 7 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

En resumen, se puede caracterizar la población víctima del conflicto armado que es atendida en el Hospital Meissen como una población localizada en Ciudad Bolívar, en su mayoría de origen campesino, de estratos 0 a 3, con poco acceso a la escolaridad y alto riesgo psicosocial, pero que participa activamente en los servicios que presta el Hospital y se adhiere a los tratamientos propuestos. Respecto a las manifestaciones en su salud mental se describen en su mayoría, síntomas y trastornos de ansiedad y depresión, así como dificultades en la adaptación, trastorno por estrés postraumático de forma menos frecuente, resentimiento, incertidumbre, desconfianza, indiferencia, miedo, duelo por el desarraigo. Para estos profesionales predomina la presencia de estas manifestaciones negativas en la salud mental de esta población, aunque también se logran observar manifestaciones de adaptación positiva ante la adversidad, mediante la resiliencia y la capacidad de empezar de nuevo en otro lugar diferente a donde se estaba acostumbrado a vivir. Se mencionan además algunas condiciones que influyen en la aparición de estas afectaciones en la salud mental, como por ejemplo las redes familiares y sociales principalmente, también las características de la personalidad y los mecanismos de afrontamiento. Dentro de estos aspectos también se incluye el apoyo del Estado, las barreras de acceso a los servicios de salud y la atención de los profesionales de salud. Pero también algunas narrativas resaltan el uso inadecuado de los servicios dirigidos a esta población en riesgo, por parte de personas que ya no los requieren.

Se sugiere también que hay poca visibilidad de la población víctima del conflicto en el Hospital, la cual no siempre es identificada como tal, y esto se ve reforzado porque en la mayoría de los casos no consultan por el hecho de ser víctimas. Se encuentran también relatos de sucesos relacionados con el conflicto, resaltando en algunos la importancia de

las diferentes formas de comunicación, pudiendo incluso manifestarse el discomfort emocional a través de síntomas físicos, lo cual se ejemplificó con base en las experiencias de los profesionales entrevistados. Por último, cabe mencionar los diferentes tipos de victimización en el contexto de conflicto armado a los cuales fueron sometidos los pacientes atendidos por las personas entrevistadas, los cuales, en su mayoría, indican con mayor frecuencia el desplazamiento forzoso, pero también mencionan los homicidios, tortura, secuestro, delitos contra la integridad sexual y las minas anti-persona, teniendo en cuenta que muchos de estos delitos son cometidos en población vulnerable como son las mujeres y los niños. También se podrían inferir otros tipos de victimización fuera del contexto de conflicto armado, como las dificultades en el acceso a los servicios de salud, además de la falta de recursos físicos o humanos para llevar a cabo su atención integral, según lo exigido por la ley de víctimas.

Figura 5 - 2: Salud mental en población víctima del conflicto armado según trabajadores de la salud del Hospital Meissen, 2015



Fuente: elaboración propia.

5.3 Narrativas de las vivencias que experimentan los trabajadores de la salud en el marco de su ocupación y la influencia percibida en su propia salud mental

Con respecto a este tópico, se encuentran diferentes narrativas en las que los profesionales de la salud entrevistados plasman el impacto percibido en su práctica clínica, la mayoría de ellas centrándose en las consecuencias positivas, como lo es por ejemplo el poder ayudar a estas personas de alguna forma desde sus saberes específicos, además que les permite obtener experiencia y, por consiguiente, el crecimiento profesional, así como el personal. También se logra observar el impacto que tiene el trabajar en un Hospital perteneciente a una zona altamente vulnerable y la sensibilización que esto conlleva:

“Hay algo que a mí me pasa y es lo siguiente: Llegar a Meissen ha sido una experiencia totalmente diferente a todas mis experiencias de vida además porque yo llevo mucho tiempo en el área de la salud, pero llegar a esta institución ha sido algo que ha cambiado la percepción en cuanto a la realidad de las cosas porque en la instituciones donde yo trabajaba no se veían cosas así (percepción social), mi foco es otro ahora, hace uno-dos años atrás no lo veía de esta manera, ahorita es algo diferente. Primero te sensibilizas muchísimo más por todos los casos que llegan [...] Entonces como experiencia ha sido muy enriquecedora porque primero me ha fortalecido profesionalmente [...] no soy la misma persona que llegó aquí a Meissen hace un año y medio, soy otra persona, a pesar de toda la experiencia en salud que ya tenía, porque además las condiciones donde estamos, donde está Meissen, es totalmente diferente. Entonces digamos que he tenido un crecimiento

personal, laboral y me ha hecho mirar la vida de una manera diferente, digamos hay cosas que me pasan y digo ¡ay no hay gente que tiene cosas peores y aun así salen adelante! Eso me ha ayudado a mí en cuanto al restablecimiento ante las situaciones, que no son nada comparadas con lo que vive la gente, pero creo me ayuda a restablecerme ante las dificultades, ya para mí no son problemas, son situaciones, porque uno también las puede magnificar, pero en realidad uno se pone a ver y hay personas que viven cosas tenaces”⁷⁷.

“Más que afectarme psicológicamente yo diría que uno si se siente aterrado, como frío en los huesos por lo que le cuenta a uno y uno dice, no puedo creer que la violencia pueda llegar a tanto ¿sí? pero es gratificante el poder ayudar y es gratificante el ver la transformación de las personas que llegan desde cabizbajas, no quieren hablar, no se pueden mover; a verlas con un cambio de actitud, las mujeres llegan maquilladas, como están de bonitas, entonces llegan diferentes, con una expresión facial diferente, vienen con una sonrisa desde la puerta [...]”⁷⁸

“Como cualquier paciente que llega acá, uno como profesional se va enriqueciendo porque el conocer el flagelo de cada una de las personas, de cada una de las circunstancias, a veces se siente uno impotente de solo escuchar y uno se queda ahí y de pronto cuando por ejemplo mi labor como trabajadora social, se activan redes, pero a veces no se pueden activar tan bien o como uno quisiera que fuera una respuesta inmediata, entonces a veces queda como corto [...] Pero también es enriquecedor porque aprende uno realmente que tiene que estar preparado para

⁷⁷ Entrevista No.6. Mujer; Edad 42 años; 1 año y medio trabajando en el Hospital; Psicóloga.

⁷⁸ Entrevista No.8. Mujer; Edad 35 años; 3 años trabajando en el Hospital; Medicina alternativa.

*las circunstancias porque la vida le cambia a uno en segundos, un hecho o una acción a uno le puede cambiar su salud mental y hasta qué punto uno está preparado y hasta qué punto a uno le repercuten las cosas [...]*⁷⁹

*“Pues ha sido una experiencia buena en el sentido que uno aprende muchas cosas, pero es duro, la última mamita que me contó todo, y decía todo con lujo de detalles y uno dice, realmente sufre mucho, la marca anímica es gigantesca se la dejan gigantesca, rompe completamente el ciclo vital, y yo creo que hay un antes y un después de un evento como éste, eso sí lo he podido identificar”*⁸⁰

Además de resaltar las consecuencias positivas de su labor en este contexto, la mayoría de los profesionales mencionan la importancia del impacto emocional que conlleva el atender a esta población específica, el cual, generalmente, se describe como transitorio:

“Claro a mí me toca hacerme la fuerte y claro es que es difícil con la contratransferencia, y tanto que lo recuerdo así muy vívido. Pues también y ahí me hiperventile y todo...ah, sí claro el mismo día que la atendí, durante una hora trabajamos con música y todo eso y hablamos y cantamos, improvisamos e incluso improvisamos letras y es muy chévere porque ahí sale las cosas más alarmantes. Entonces cuando ya me entendió la situación y cuando armamos la visita de todos los sonidos y todo entonces pues claro yo estaba que me iba para no llorar frente a ella. Aunque a nosotros nos han dicho que se puede y que también se puede abrazar. Pero a mí entonces me tocó hacer fuerza y dejarla cerrar bien la cita y

⁷⁹ Entrevista No.5. Mujer; Edad 42 año; 51 años trabajando en el Hospital; Trabajadora social.

⁸⁰ Entrevista No.10. Mujer; Edad 24 años; 1 año trabajando en el Hospital; Enfermera jefe.

después la pude atender [...] yo estaba aquí en el sexto piso Norte y bajar a cuarto Norte, yo bajé llorando a psicología y yo Ay, Dios mío y apenas entras, ya un mar llorando”⁸¹

“He tenido varias donde sale uno más cargado de lo habitual, le toca a uno suspender y tomarse un descansito...yo pienso que he tenido momentos difíciles con ellos, pero que se han podido manejar, pero que me hayan generado psicopatología ¡no!”⁸²

“...se carga mucho uno, porque no es simplemente el del conflicto armado, es el del paciente que es víctima de violación, de maltrato físico, maltrato emocional, económico y fuera de eso hay negligencia, entonces esa impotencia de que ¡oiga, existe una ley, pero no una verdadera justicia! Entonces de eso se carga uno...”⁸³

“...me afecta lo suficiente el dolor de ellas, sí me afecta por la impotencia de ver que tienen hambre y que no hay manera de ayudar, que no hay mejores programas de parte del Estado para ayudar a las víctimas entonces a mí sí me ha afectado, si me deja triste verlas así y ver el estado de indefensión en la que están”⁸⁴

De aproximadamente un quinto de las narrativas emerge la experiencia del desarrollo de su profesión en un modelo de salud que es imperfecto, pero al cual el profesional debe adaptarse para lograr prestar una atención que sea beneficiosa para el paciente, haciendo uso de las herramientas disponibles:

“Digamos que por el tema de atención hay un factor que se atiende paciente cada

⁸¹ Entrevista No.14. Mujer; Edad 46 años; 3 años trabajando en el Hospital; Fisioterapeuta, musicoterapeuta.

⁸² Entrevista No.12. Hombre; Edad 45 años; 13 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra.

⁸³ Entrevista No. 5. Mujer; Edad 42 años; 1 año trabajando en el Hospital; Trabajadora social.

⁸⁴ Entrevista No. 7. Mujer; Edad 52 años; 2 años trabajando en el Hospital; Médica, musicoterapeuta.

media hora entonces los pacientes vienen y aprovechan el servicio, digamos que hay una dificultad de tiempo pero ya los modelos que se trabajan y la experiencia le permiten a uno intervenir y hacer una lectura rápida del problema y hacer una contextualización importante del problema y esa contextualización habla de la realidad del paciente entonces uno ya logra anticipar lecturas con ellos y hacer intervenciones oportunas y efectivas en corto tiempo”⁸⁵

“Yo lo resumiría como un trabajo de casos puntuales donde sí se ha podido hacer un seguimiento, una intervención, donde se ven resultados favorables, pero pues queda uno con la idea de que esto necesitaría de una intervención más grande, más estructurada, que no existe en este momento o sobre la cual no tengo conocimiento”⁸⁶

“Es que aquí hay... de todas maneras tenemos estructuras teóricas de psicología, entonces tenemos varios modelos y modelos médicos, hay un modelo psicodinámico, hay un modelo comportamental, el modelo humanista. Entonces el medio es la música, el cuerpo, la voz, los instrumentos, todo se usa para el manejo de todo, lo que yo te digo que no lo divido, a mí me queda difícil dividir porque todas están muy interconectadas, por ejemplo, vamos hablar de Salud Mental y del dolor. Y no siempre a ver, cómo te digo todo afecta de una manera o de otra, pero el dolor es la necesidad primaria, es físico el sentir dolor, dolor que descompone y yo también hacía fisioterapia que era pura rehabilitación de movimiento, pero como

⁸⁵ Entrevista No.2. Hombre; Edad 50 años; 2 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

⁸⁶ Entrevista No.12. Hombre; Edad 45 años; 13 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra.

*siempre son los aspectos mentales y por ende es difícil de separar*⁸⁷

Surgen algunas narrativas que revelan la presencia de sentimientos de frustración, tristeza, impotencia y dolor en los profesionales, no sólo como consecuencia de los relatos de los pacientes, sino también por las condiciones socioeconómicas y políticas precarias que deberían facilitar los procesos de adaptación, pero que, por el contrario, generalmente los entorpecen:

*“Ver que es la pesadilla sin fin, que es la repetición, que es un caso más, que hubo impunidad, que hubo complicidad de las mismas autoridades, como una descomposición, entonces como cierto grado de desesperanza de ver la complejidad de la problemática y la falta de humanidad y pues eso en determinado momento le puede provocar a uno fatiga, como una especie de quemado, yo me he sentido a veces así, pero vuelvo y me recompongo. Como que he tenido el pico de ‘no quiero’ y como una insensibilidad. Entonces se le vuelve a uno como una problemática, como el fantasma de uno [...]”*⁸⁸

*“Lo que normalmente hacemos es brindarle ese espacio donde uno escucha, pero uno le queda la sensación de ¿qué más se puede hacer? ¿Qué más puedo hacer por esas personas? ¿Cómo se puede generar algo para que no pase? Pero también uno queda como ¿Hasta dónde puedo llegar yo? Uno se queda muy corto y a veces queda la sensación de frustración de que no se puede hacer mucho”*⁸⁹

“En primera instancia es una tristeza que el afán del dinero y del poder produzca todas estas situaciones que es lo que hay finalmente de fondo. Hay capitales

⁸⁷ Entrevista No.14. Mujer; Edad 46 años; 3 años trabajando en el Hospital; Fisioterapeuta, musicoterapia.

⁸⁸ Entrevista No.1. Mujer; Edad 62 años; 32 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

⁸⁹ Entrevista No.6. Mujer; Edad 42 años; 1 año y medio trabajando en el Hospital; Psicóloga.

moviéndose de fondo, intereses y los muertos son solo, como dicen ellos, daños colaterales a lo que quieren. Ya sea porque quieren obtener petróleo o esmeraldas o lo que sea que quieran obtener y la gente termina siendo algo desechable. Entonces me parece desastroso eso y triste como país y como mundo. Ahora me parece más desastroso y triste que esto rompe a la gente y la rompe con sus redes, se las arrancan y esto es un gran daño porque perfectamente pueden matar toda una familia, toda una cultura”⁹⁰

En otras narrativas alternativas, se vislumbra la necesidad de exigirse fortaleza para generar fortaleza en el otro y mostrarse competente, generando mayor confianza en quien ofrece la atención, así como en el paciente. Así mismo, surgen relatos que aluden a la sensación del desarrollo de indiferencia que podría surgir con el contacto reiterativo con personas expuestas a situaciones adversas, como el conflicto armado:

“Pues digamos cuando yo tengo la paciente entonces yo empiezo a hacer un bloqueo. Ok yo no soy la paciente, yo soy profesional, yo no me puedo afectar como tanto, tengo que estar fuerte para que ella esté fuerte. Eso es lo que me pongo a repetirlo en la cabeza, eso me ayuda muchísimo a que controle la situación y las lágrimas porque sí a veces es muy complicado...”⁹¹

“Pues... es que en el caso personal como generalmente yo atiendo a personas que son víctimas de muchos tipos de violencia, casi que uno se vuelve como... no es que uno se vuelva insensible porque en ocasiones me ha pasado que he tenido que mirara hacia abajo y apretar porque si no me voy a poner a llorar en frente del

⁹⁰ Entrevista No.13. Hombre; Edad 51 años; 19 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra, musicoterapeuta.

⁹¹ Entrevista No.10. Mujer; Edad 24 años; 1 año trabajando en el Hospital; Enfermera jefe.

*paciente, porque no aguanto; pero la mayoría de veces trato como de generar como un ambiente con el paciente para que él se sienta protegido, o sea, para que sienta que está con una personas que estable emocionalmente, porque si lo ven a uno frágil, ellos no van a sentir ese apoyo y no van a sentir el 'oiga yo sé que acá esta persona yo sé que me va a ayudar', y no 'acá la doctora viene y se parte cuando está conmigo'...*⁹²

*"Eso también es como instintivo de uno, buscar un tema y protegerse, pero a pesar de que ese caso me afectó y al inicio cuando empezaron a llegar casos de víctimas, aunque siempre ha habido. Una vez me pasó algo muy curioso, un niño que nace y llega muerto, la mamá era víctima, pero yo llegué a contar a mi casa porque a mí me tocó alzarlo para podérselo quitar a la mamá con caricia y con todo ese protocolo y cuando mis hijos se quedan mirando, ahora ellos son grandes ahorita tienen 20 y 17, pero en esa época eran más chiquis, 'ella está contando eso como raro, alzaste un muerto y no dices nada' y yo misma caí en cuenta"*⁹³

Sin haber sido el foco de éste estudio, surgieron también narrativas, poco frecuentes pero importantes, que hacen alusión a la atención a excombatientes de grupos armados al margen de la ley y la repercusión emocional en los profesionales que los atendieron. Uno de los entrevistados refiere su experiencia particular con un paciente que contaba con este antecedente y el cual se encontraba en proceso de reinserción a la sociedad:

"Con un paciente que me metí mucho más allá en las profundidades de las cosas de él [...] Cosas que son horrores y que seguía haciendo acá en Bogotá, como

⁹² Entrevista No.8. Mujer; Edad 35 años; 3 años trabajando en el Hospital; Medicina alternativa.

⁹³ Entrevista No.4. Mujer; Edad 38 años; 7 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

violaciones y yo no podía permitir eso, como ética profesional tenía que reportar eso y lo reporté, y eso me iba a traer consecuencias también para mi seguridad, porque cualquier información que yo daba, pues entonces repercutía para mi familia, para mi trabajo, etc. El llegar al consultorio y esperar a que viniera esa persona a seguir contándome esas cosas horrendas y yo tenía que hacer algo porque seguían ocurriendo las cosas acá, a pesar de que era reinsertado seguía haciendo cosas acá malas, entonces yo tenía que denunciar eso, o sea, mi conciencia no me dejaba tranquilo. Entonces ahí viene la ambivalencia del ser o no ser y yo tuve que ser. Entonces hay unas salidas en las cuales uno reporta en la veeduría y en la personería, ¿sí? Y reporta sin necesidad de colocar su nombre, es decir, anónimo, da la dirección a la fiscalía y entonces ya mi conciencia estaba más tranquila y después de un tiempo, afortunadamente el paciente y yo fuimos tomando distancia terapéuticamente y esta persona dejó de ir [...] después de dos años de intervención dejó de asistir 6 meses y cuando veo, ¡oh sorpresa, volvió otra vez! Ah... entonces mi tranquilidad sí se altera, si me altero frente a eso [...]”⁹⁴

“Hay historias muy crueles generalmente relacionadas con paramilitarismo porque los métodos de presión social eran muy bruscos, atroces, además que uno piensa como, bueno si uno tiene alguna tendencia política pues podría pasarle algo, pero con ellos no se sabía, ellos llegaban era a aterrorizar a la población y no les importaba quien era quién, aunque otras veces si me imagino que iban a buscar con lista en mano...es horrible y escuchar la manera como lo cuentan, le muestra

⁹⁴ Entrevista No.3. Hombre; Edad 57 años; 4 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

a uno como la gente sintió y eso es a veces difícil de manejar.”⁹⁵

En contraste con las narrativas anteriores, surgen otras narrativas alternativas que ilustran la limitación del actuar profesional a la atención del momento, logrando así ser eficaces sin ir más allá del involucramiento profesional con los pacientes:

“No, mire ya lleva uno tanto tiempo acá, lleva tanto tiempo metido en esto y que de verdad hay cosas que son impactantes y uno trata de ayudar, pero de ahí no pasa. Es que, si hay historias muy delicadas muy tristes, pero de verdad con los años uno ya aprende a manejarlas y no es que se pueda decir que se acostumbra uno, jamás, pero la degradación de una sociedad y de un Estado que está en declive”⁹⁶.

“Me afecta positivamente en que obtengo experiencia, logro ver resultados en el tiempo, como propósito personal terapéutico es lograr que en 5 o 6 sesiones logren resolver dificultades y disminuir síntomas y desde la primea sesión se hace intervención psicológica o psicoterapia. Creo que no me afecta negativamente igual yo sé que son pacientes, yo nos los cargo, los acompaño...La verdad no tengo una forma específica de resolverme yo o de no involucrarme, yo creo que el escenario psicológico con el que trabajo me hace entender que son pacientes y que les estoy brindando una ayuda y que esa ayuda tiene unos límites en cuanto al involucramiento mío y la forma como lo puedo hacer. Tener claridad sobre lo que es el proceso como tal y hacia dónde vamos, él como paciente y de acuerdo a sus síntomas y sus problemas. Creo que algo que me permite estar bien es básicamente ver que avanzan, entonces no veo como una afectación directa

⁹⁵ Entrevista No. 12. Hombre; Edad 45 años; 13 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra.

⁹⁶ Entrevista No.9. Hombre; Edad 53 años; 16 años trabajando en el Hospital; Pediatra.

además del cansancio que se siente de un día de trabajo.”⁹⁷

“Pues yo pienso que lo que pasa aquí se queda aquí, no significa que a uno no le duela, pero hay situaciones que uno tampoco puede cambiar y llevarlo para la casa de uno, para la vida de uno no van a influir en nada. Mientras yo esté aquí y pueda colaborar con mis pacientes, lo hago de la mejor forma, pero más allá de eso se me sale de las manos y no puedo cambiar las situaciones; muchas veces uno les puedes indicar qué pueden hacer cómo para acceder a un apoyo terapéutico, emocional, familiar, a un apoyo de salud, económico porque uno va conociendo todos los lineamientos de los programas, pero además de dar una indicación y decirles cómo pueden tratar de resolver su situación; más allá de eso no puedo llevarme sus conflictos para mi casa, como que tampoco”⁹⁸

En lo concerniente a la manera en que estos profesionales entrevistados hacen frente a los momentos en los cuales se sienten afectados emocionalmente como consecuencia del ejercicio de su labor, específicamente cuando han tenido la oportunidad de atender víctimas de conflicto armado, la mayoría hace referencia a la importancia de sus vínculos afectivos para enfrentar esas circunstancias:

“Recomponerse con la familia, tomar un trago un día que uno llega bien cansado, hablar con mi esposo que es también terapeuta entonces hacer como catarsis con mi compañero. Echarse pomadas para los espasmos, somatizar un poco, tomar tinto, fumar cigarrillo. Me restablece, me recompone y hacer alguna

⁹⁷ Entrevista No.2. Hombre; Edad 50 años; 2 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

⁹⁸ Entrevista No.11. Mujer; Edad 37 años; 6 años trabajando en el Hospital; Médica general.

reestructuración cognoscitiva de que uno no es el salvador del mundo, que por una víctima que uno ayude pues dese por bien servido, si salvó 50 o 100 bueno. Entonces hacer conciliaciones”⁹⁹

“Comparto mucho con mis hijos, sábado y domingo es para ellos. Lo aprendí también en un trabajo, en un hospital, hago el cambio de trabajo es por eso, la de selección de personal hace 8 años me dijo algo que me dejo marcada: Liliana tú también tienes que pensar en tu familia, no todo es trabajo porque para uno en el inicio todo es trabajo [...] Y aprendí que ese tiempo que le dedica uno a la familia o así sea el tiempo que dedica uno para ir a peluquería a hacerse las uñas, es relajante. Esa es mi estrategia”¹⁰⁰.

“A nosotros nos toca como constantemente estar apoyándonos con otros grupos y compañeros. sí pues yo tengo una familia, tengo un chiquitín entonces trato de no separarlo porque también es eso porque uno igual está con todo: trabajo, amigos, familia, todo. Pero sí trató de no afectarme. Porque estos casos me han ocurrido más aquí en medicina, donde he visto estos casos. Quizás antes no me había sucedido y si no tuviera mi hijo también me daba la moridera, pero ahora lo tengo y sigo adelante, sigo adelante por él, por el niño... [...]”¹⁰¹

En concordancia con el párrafo anterior, parece ser indispensable en este medio laboral el apoyo emocional de los compañeros de trabajo, dentro de los cuales cobra relevancia el papel del servicio de psicología del Hospital:

“Uno habla con psicólogas y de todo para buscar un poquito de apoyo. No pues

⁹⁹ Entrevista No.1. Mujer; Edad 62 años; 32 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

¹⁰⁰ Entrevista No.4. Mujer; Edad 38 años; 7 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

¹⁰¹ Entrevista No.14. Mujer; Edad 46 años; 3 años trabajando en el Hospital; Fisioterapeuta, musicoterapeuta.

cuando sé que puedo trabajar con ellos eso a mí realmente sí me encanta y sí me da tristeza de pensar que no lo puedo hacer más o que no hay más que hacer por mi lado”¹⁰²

“Pues como cuando me he logrado afectar, lo que nosotros hacemos acá como servicio es apoyarnos entre nosotros entonces pues es que el servicio de medicina alternativa acá es un poco especial digámoslo así, porque incluye también mucho la parte del apoyo psicológico-emocional, entonces todos los profesionales, aunque hagamos cosas diferentes, todos tenemos un nivel de manejo emocional. Entonces nos apoyamos mucho, cuando yo estoy que no más, hablo con mi colega y yo sé que ella me escucha, entonces la estrategia sería más tipo catarsis, ven y me desahogo porque mira que vi tal caso terrible entonces las dos hablamos y en el diálogo llegamos a una conclusión y el diálogo es constructivo y hablas salimos de ahí y si uno tiene una red de apoyo en el trabajo es más fácil”¹⁰³

“Pues en la parte personal, de todas maneras nosotros siempre tenemos en conjunto digamos como charlas, siempre hay canales de presión, es decir, yo siempre voy a poder hablar con mi jefe que es psicóloga y con mis compañeras que son psicólogas y siempre voy a tener atención por parte de ellas, o sea, ellas siempre están disponibles cuando yo les digo que quedé triste con esto, siempre hay una mini intervención conmigo para trabajar eso; y de todas maneras hacemos ejercicios grupales de vez en cuando, no muy regulares pero sí, para poder

¹⁰² Entrevista No.7. Mujer; Edad 52 años; 2 años trabajando en el Hospital; Médica, musicoterapeuta.

¹⁰³ Entrevista No.8. Mujer; Edad 35 años; 3 años trabajando en el Hospital; Medicina alternativa.

chequearnos”¹⁰⁴

“La verdad que en mi caso con el tiempo que llevo uno mismo va haciendo su idea y su lógica catarsis y pues lógico a uno también le comentan los compañeros que se ve la degradación de un Estado que de verdad no le ve interés a esto [...]”¹⁰⁵

“En el grupo del hospital tenemos espacios para reunirnos nosotros, informales, pero donde está permitido que uno hable y raje y eso ha servido, no es un espacio oficial o formal en realidad, pero es ahí donde uno habla con los demás y echa madrazos. Yo creo que lo que hacemos la gran mayoría de los que hemos tenido contacto con ellos es tratar de dejar las cosas en el baúl de recuerdos, cerrado con candado, nos funciona ese método porque no ve uno como una línea de intensificación en eso [...] Porque en una época nosotros tratábamos de hacer un grupo y alcanzamos a tener varios anotados para hacer sesiones grupales, pero por una u otra razón no se concretó porque por ejemplo solo alcanzábamos a anotar tres y entonces se iba el compañero, alguna cosa pasaba [...]”¹⁰⁶

Dentro de las estrategias para sobreponerse emocionalmente, se mencionaron el aferro a la parte espiritual, el deporte, la música y la búsqueda del cambio de ambiente de lo urbano a lo rural, como medio para restablecerse:

“Por lo menos en lo personal me gusta la parte espiritual y busco mucho eso porque se carga mucho uno, porque no es simplemente el del conflicto armado, es el del paciente que es víctima de violación, de maltrato físico, maltrato emocional, económico y fuera de eso hay negligencia, entonces esa impotencia de que joiga,

¹⁰⁴ Entrevista No.7. Mujer; Edad 52 años; 2 años trabajando en el Hospital; Médica, musicoterapeuta.

¹⁰⁵ Entrevista No.9. Hombre; Edad 53 años; 16 años trabajando en el Hospital; Pediatra.

¹⁰⁶ Entrevista No.12. Hombre; Edad 45 años; 13 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra.

existe una ley, pero no una verdadera justicia! Entonces de eso se carga uno, entonces yo busco la parte espiritual, hacer deporte y escuchar música”¹⁰⁷

“Yo reflexiono mucho y algo que me ha ayudado es que siempre miro las cosas y siempre trato de verle el otro lado, o sea no me quedo con un solo lado, sino que siempre le busco el otro lado a la situación. Yo también medito mucho y me hago siempre feedback, me observo mucho, aquí se han presentado situaciones muy estresantes, y no directamente conmigo sino en mi entorno y esas situaciones si me llenaron de mucho estrés y ahorita lo que estoy tratando de hacer frente a esas situaciones es siempre mirarle el punto de aprendizaje y preguntarme ¿por qué lo estoy viviendo? ¿Para qué lo estoy viviendo? ¿Qué voy a aprender de esto? y eso me ayuda a no quedarme allí y a restablecerme con las otras cosas que hago, medito, escribo”¹⁰⁸

“[...] Trato de tener espacios para mí que sean valiosos como por ejemplo reuniones con amigos, música, que para mí eso es bien importante, es como poder disfrutar mi vida y eso me da la capacidad de poder entrar en estos temas”¹⁰⁹

“Tengo una finca a la cual voy en los fines de semana y allí desarrollo otras prácticas, como las labores del campo y construyo allí otro mundo diferente con la naturaleza, mis vacas, mis matas, mis árboles, la casa, los amigos campesinos con los que hablo allá, hablamos de otras cosas diferentes que son obviamente a parte del conflicto armado y así, comparto, escucho música, también se comparte con

¹⁰⁷ Entrevista No.5. Mujer; Edad 42 años; 1 año trabajando en el Hospital; Trabajadora social.

¹⁰⁸ Entrevista No.6. Mujer; Edad 42 años; 1 año y medio trabajando en el Hospital; Psicóloga.

¹⁰⁹ Entrevista No.1. Mujer; Edad 62 años; 32 años trabajando en el Hospital; Psicóloga.

otros amigos un asado y así en buena tónica”¹¹⁰

En una de las narrativas surge el acceso a otros servicios de salud, como la psicoterapia y medicina alternativa, como un medio importante para lograr restaurar la sensación de bienestar y equilibrio:

“Claro, yo también soy usuario de psicoterapia y trabajo con medicina alternativa de la cual también soy usuario, entonces yo asisto. A uno lo presionan mucho y yo lo mínimo que hago ante una situación que me parezca impresionante es hablarlo con algún colega o con una persona significativa para mí, lo digerimos y lo hablamos. Eso es una parte que me ayuda mucho porque hay cosas que son muy duras y lo dejan a uno muy impresionado [...]Yo tengo varias formaciones en terapia, en musicoterapia, en medicina alternativa y en el transcurso que uno estudia uno también va pasando los procesos. Todas son para mí valiosas, depende del momento unas son para mí cercanas u otras más útiles y definitivamente la musicoterapia fue importante y trato de poner allí mucho de lo que para mí es significativo y me ayuda”¹¹¹

De las mismas narrativas emerge un tema interesante relacionado con la percepción de preocupación, por parte del Hospital, respecto a la salud mental de los profesionales que allí laboran. La mayoría coincide en que ha habido momentos en los que la institución ha hecho énfasis en los temas de salud laboral y salud mental en los trabajadores, y otros en que no se ha enfatizado en esos temas. Aun así, algunos profesionales optan por no hacer uso de estos servicios cuando se ofrecen, puesto que no han considerado que sea necesario:

¹¹⁰ Entrevista No.3. Hombre; Edad 57 años; 4 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

¹¹¹ Entrevista No.13. Hombre; Edad 51 años; 19 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra, musicoterapeuta.

“[...]el gerente que era en ese momento [...] también psiquiatra, se preocupó mucho por esos factores de violencia, de inseguridad para con sus trabajadores. Entonces él revisaba con el comandante de la policía, con el alcalde menor, con los ediles para mirar cómo se podía mejorar las vías de acceso para llegar al hospital, porque bien sabe Meissen, queda inmerso dentro de Ciudad Bolívar y eso, la localidad 19 es bastante compleja en seguridad, entonces muchos de los que trabajaban allí vivían o viven en el centro o en el norte [...] entonces se hizo un trabajo para la transformación de cultura que eso ayudó mucho a disipar esos indicadores de ansiedad y zozobra y también el factor del pago oportuno mensualmente a sus empleados era importante[...]”¹¹²

“[...] el año pasado la gerencia fue algo espectacular, nos traían muchas actividades. Entonces como por ejemplo terapia de risas, capacitación un día, horarios libres, me gustó muchísimo y abrieron unos espacios en donde cada profesional tenía la oportunidad de enseñar algo que supiera algo diferente, por ejemplo había una nutricionista y ella sabía bailar danza árabe, entonces ella tenía el espacio tipo 2 de la tarde hora de almuerzo y ella aprovechaba el espacio para enseñarle a las personas baile árabe, entonces lo mismo el gerente, qué es psiquiatra [...] él creaba el espacio para interactuar con nosotros todo lo que era música y nosotros íbamos y aprendíamos a tocar un instrumento y aprendíamos a desahogarnos y salir un poquito el contexto del hospital y de los pacientes [...]”¹¹³

“Sí, claro sí. Sí acá hay un equipo, de pronto en otras instalaciones que uno ha visto

¹¹² Entrevista No.3. Hombre; Edad 57 años; 4 años trabajando en el Hospital; Psicólogo.

¹¹³ Entrevista No.10. Mujer; Edad 24 años; 1 año trabajando en el Hospital; Enfermera jefe.

no se maneja, pero considero que acá sí le dan un manejo adecuado. La posibilidad (de atención por psicología, por ejemplo) sí la podemos tener, pero la verdad es que no la hemos solicitado o no la hemos requerido, más bien”¹¹⁴

“Tengo entendido que por la parte de talento humano existe un apoyo de psicología para el personal, para los que trabajamos acá pero que yo haya tenido directamente, no. Igual todo el grupo de Salud Mental siempre está abierto y dispuesto para ayudarnos a hablar y que no se vea afectada nuestra salud. Yo creo que ya depende más de uno si necesita la ayuda o no, si sabe cómo liberarse de las presiones y las cargas laborales que uno tenga bien sea aquí, en la casa o afuera y creo que es más de nosotros, de uno mismo”¹¹⁵

En contraposición a las narrativas previas, en otras narrativas divergentes se comenta la falta de preocupación por la salud mental de los profesionales de la salud que allí laboran, en el momento actual de la institución:

“Pues la verdad no, se han hecho cosas para ayudar, pero de todas formas no son lo suficientes. Se necesita escuchar la gente y no solamente escucharla sino buscar acciones que puedan mejorar las cosas porque aquí puede que se escuche, pero no se hace nada [...] Por ejemplo, aquí se hizo una medición del tema laboral y no se hizo retroalimentación [...]”¹¹⁶

“No, aquí en esta administración no hay ningún interés, de pronto en las anteriores sí lo hubo y justamente por obras anteriores, por una administración que estaba a manos de un psiquiatra fue que tal vez se le dio un impulso mayor a la salud mental

¹¹⁴ Entrevista No.9. Hombre; Edad 53 años; 16 años trabajando en el Hospital; Pediatra.

¹¹⁵ Entrevista No.11. Mujer; Edad 37 años; 6 años trabajando en el Hospital; Médica general.

¹¹⁶ Entrevista No.6. Mujer; Edad 42 años; 1 año y medio trabajando en el Hospital; Psicóloga.

*y por eso es que existimos hoy; el servicio de medicina alternativa y salud mental y clínica dolores, se le ha hecho la fuerza y todos trabajamos así, todos somos así [...]*¹¹⁷

*“No más de lo habitual para cualquier otro trabajador, si la pregunta es por tener contacto con personas víctimas de la violencia, no. En salud ocupacional, por ejemplo, hacen las mismas encuestas de todos los demás trabajadores. Yo alcancé a comenzar algunas hace como dos años, la gran mayoría del equipo tenía síntomas de estrés, problemas para dormir, dolores musculares. No había el equipo asistencial que hay ahora, no era un grupo de psiquiatras que atendíamos urgencias, era otro programa, programa de atención pre-hospitalaria, también se maneja estrés, pero de otro tipo y en ambulancias [...]. Lo digo es porque la batería que aplicaron es la misma batería que le aplicaron a los de control interno, facturación, todos los trabajadores, servicios generales [...]*¹¹⁸

Emergen narrativas que permiten observar la percepción positiva de los efectos de las intervenciones que se han realizado a nivel laboral en el Hospital:

*“[...] Es que si uno está bien en lo emocional y en todas las áreas pues uno puede desenvolverse bien y el paciente estará bien, pero si uno está bien cargado y ellos están bien cargados pues no se va a hacer muy bien su trabajo y su procedimiento como tal”*¹¹⁹

“Indiscutiblemente teníamos muy buenos resultados porque uno muchas veces

¹¹⁷ Entrevista No.8. Mujer; Edad 35 años; 3 años trabajando en el Hospital; Medicina alternativa.

¹¹⁸ Entrevista No.12. Hombre; Edad 45 años; 13 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra.

¹¹⁹ Entrevista No.5. Mujer; Edad 42 años; 1 año trabajando en el Hospital; Trabajadora social.

llegaba con los súper casos, con el súper estrés de tener como mil y un paciente al tiempo y uno salía para tener un momento de diversión, de relajación, cambiarse el chip del trabajo entonces sí, sí ayuda muchísimo a la Salud Mental”¹²⁰

Una narrativa divergente de una profesional de medicina alternativa, ilustra la percepción de la salud como un negocio, en el contexto de un sistema sanitario deficiente:

“Es un trabajo muy bien hecho y muy bonito y sería muy triste que se acabara por intereses económicos, porque siempre prima que el servicio facture a sobre si hay una ganancia... y realmente uno puede entender que los servicios deben de ser rentables, pero también depende de la voluntad política que le ponga la persona, que digan listo puede que el servicio no facture al cien, cómo hacemos para que facture. Es cuestión de voluntad porque las cosas no son imposibles, ya se ha visto que con nuestro servicio sí se puede facturar y se puede sostener, entonces es cuestión de voluntad política”¹²¹

Finalmente, algunas narrativas exponen sugerencias para mejorar los procesos de promoción y prevención de la salud laboral, específicamente en salud mental, así como detección temprana de sus alteraciones:

“Yo creo que se debe fortalecer más el talento humano, se deben hacer más acciones con relación al mejoramiento del ambiente laboral, de cómo la gente está y cómo se siente [...]”¹²²

“[...] No hay nada en específico y medidas generales tampoco, ni preventivas ni terapéuticas. Deberían, así como debería estructurarse mejores directivas,

¹²⁰ Entrevista No.10. Mujer; Edad 24 años; 1 año trabajando en el Hospital; Enfermera jefe.

¹²¹ Entrevista No.8. Mujer; Edad 35 años; 3 años trabajando en el Hospital; Medicina alternativa.

¹²² Entrevista No.6. Mujer; Edad 42 años; 1 año y medio trabajando en el Hospital; Psicóloga.

directrices desde el Ministerio de Protección Social o desde algún área del gobierno central como para intervenir este tipo de cosas, también debería tenerse en cuenta las repercusiones emocionales y físicas de estas cosas”¹²³

“[...] sí debería de haber más intervención, más terapias grupales, talleres de manejo del estrés, además de que todo relaciona a lo mismo, nos relaciona a todos los profesionales, todo, médicos, enfermeras, terapeutas y la salud mental de nosotros es bien vulnerable [...]”¹²⁴

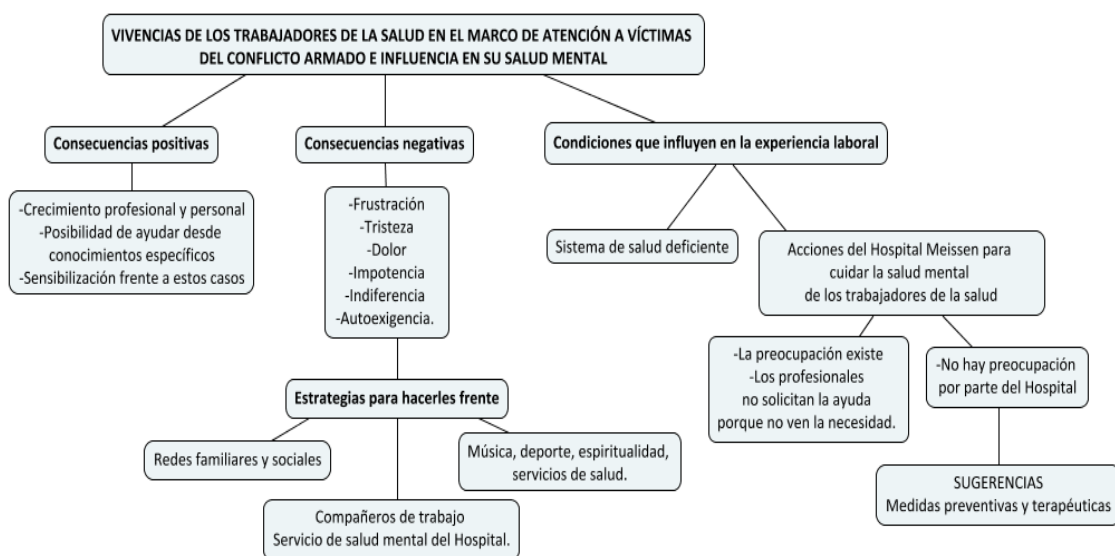
En resumen, la experiencia de trabajar con población víctima del conflicto armado interno es descrita por la mayoría de los entrevistados como gratificante, puesto que genera crecimiento profesional, personal y permite ayudar de alguna u otra forma. También es descrita como dolorosa y, en ocasiones generadora de alteraciones emocionales al trabajador de la salud que tiene la labor de atenderlo. Puede generar además frustración, fatiga e insensibilidad por la exposición continua a estos casos, pero en algunos profesionales, dada la experiencia de tantos años con esta población, aprenden a limitar su actuar a la atención y desligarse de estas situaciones al finalizar su labor como profesional de la salud. Otros trabajadores mencionan la necesidad de exigirse fortaleza durante la atención, para generar fortaleza y confiabilidad en el paciente. La mayoría recurre a su familia, amigos, compañeros de trabajo y servicio de psicología del Hospital para manejar las afectaciones emocionales que puedan surgir de su ocupación. Con respecto a la preocupación del hospital por la salud mental de sus trabajadores, se observan narrativas divergentes en algunos puntos. Algunos consideran que actualmente

¹²³ Entrevista No.12. Hombre; Edad 45 años; 13 años trabajando en el Hospital; Psiquiatra.

¹²⁴ Entrevista No.14. Mujer; Edad 46 años; 3 años trabajando en el Hospital; Fisioterapeuta, musicoterapeuta.

no se evidencia una preocupación real por la salud mental de sus trabajadores. Otros, por el contrario, consideran que sí existe la preocupación por este tema, pero no ha habido la necesidad, por parte de los mismos profesionales, de solicitar atención a este nivel. Algunos profesionales sugieren mejoría del ambiente laboral, más intervenciones como talleres de manejo del estrés, además de la necesidad de establecer programas que tengan en cuenta medidas preventivas y terapéuticas en la institución, dirigidas a sus trabajadores en lo concerniente al cuidado de su salud mental. Se reitera la disposición del grupo de salud mental para apoyar a sus compañeros de trabajo, aunque se genera la duda acerca de si este servicio deba ser quien lleve a cabo esta labor, o si tendría que existir un equipo de salud mental específico para la atención a los trabajadores de la institución.

Figura 5 - 3: Vivencias de los trabajadores de la salud en el marco de atención a víctimas, Hospital Meissen 2015.



Fuente: elaboración propia.

6. Capítulo seis: Discusión

El concepto de salud mental que se desglosó en el presente estudio a partir de las narrativas de los profesionales de la salud entrevistados, muestra la descripción de una condición que se caracteriza por el bienestar físico, psicológico y social, incluyendo además las relaciones con la sociedad en la que se sitúa. Esta idea de bienestar integral se basa en las características de la personalidad, en las características de las relaciones interpersonales, el estilo de vida, las condiciones laborales y sociales, por lo cual es un concepto complejo que, así mismo, puede determinar qué es lo que una persona considera como normal o patológico, y en el medio de los profesionales de la salud tiene implicaciones al momento de decidir quién requiere un tratamiento específico y quién no. Esto se complementa con el concepto de salud mental del psicólogo peruano Luis Armando Oblitas, citado en el artículo “Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud”, quien la define como un concepto que comprende un estado de bienestar biopsicosocial, niveles diferentes de funcionamiento adaptativo y que, al igual que el concepto de la OMS, no abarca sólo la ausencia de enfermedad (Mebarack, De Castro, Salamanca, & Quintero, 2009).

La calidad de vida fue otro concepto que se relacionó con frecuencia a salud mental. Fue

definida por Schalock como un concepto que representa las necesidades primordiales de una persona, como son el bienestar emocional, material y físico, las relaciones con otros, el desarrollo personal y autodeterminación, así como el poder ejercer y hacer respetar sus derechos y la posibilidad de ser incluido como sujeto activo en la sociedad. Se puede observar entonces una relación bidireccional entre estos conceptos (Verdugo & Martín, 2002).

Los diferentes profesionales de la salud manifiestan que en la mayoría de los otros profesionales con los que trabajan en el Hospital aún persiste la estigmatización de la enfermedad mental. En un estudio realizado en un Hospital Universitario de Gran Canaria, se entrevistaron 160 trabajadores a los cuales se les aplicó un cuestionario de veinte ítems para estudiar las actitudes de ellos hacia los pacientes con enfermedad mental. El 43% de los participantes opinó que los pacientes con enfermedad mental son más violentos que otras personas, el 54% que son más impredecibles; el 71% manifestó sentir incomodidad al tratarlos y el 37% consideró que deben ser tratados en centros específicos para ellos (Santiago, Winter Navarro, León Pérez , & Navarrete Betancort, 2016).

Rodríguez-Díaz, P. M. (2014) en su trabajo sobre la percepción social de profesionales de la salud sobre pacientes con enfermedad mental, cita un estudio realizado en la India (Srivastava et al, 2011) con pacientes con riesgo de suicidio, en donde se encontró que los profesionales que no tenían relación con la salud mental tenían actitudes poco empáticas y menos comportamientos de ayuda hacia ellos (Rodríguez Díaz, 2014).

Dentro de la caracterización de la población víctima de conflicto armado atendida en el Hospital Meissen, se establece que la mayoría provienen de la localidad de Ciudad Bolívar. Cuenta con aproximadamente 713.764 habitantes y según la Alta Consejería para las

Víctimas, en 2015 fue la localidad que presentó el mayor porcentaje de víctimas registradas en el Registro único de Víctimas, de 15.2% (Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación, s.f.).

La esperanza de vida para los hombres que habitan la localidad de Ciudad Bolívar es menor con respecto a los habitantes de Bogotá, en los hombres se presenta un 7.3 años menos y en las mujeres es de 4.4 años, lo que refleja las condiciones de vulnerabilidad social (Alcaldía Mayor de Bogotá DC).

Por otra parte, dentro de las tasas de las primeras diez causas de mortalidad general entre los años 2011 – 2012, se encuentran los homicidios en segundo lugar (Secretaría Distrital de Salud, 2016).

Con respecto a las diferentes formas en que se pueden manifestar los efectos del conflicto armado sobre la salud mental, en el presente estudio se encontró que la mayoría de los participantes presentaban tanto consecuencias negativas, como adaptaciones positivas, siendo las primeras las que prevalecen de forma general. Dentro de las adaptaciones positivas, la mayoría de los entrevistados menciona la resiliencia como la principal manifestación positiva y su asociación con el equilibrio y la capacidad de restablecerse emocionalmente y poder manejar y resolver los conflictos de una forma adecuada. Se ha asociado a factores de riesgo y protección. Los factores de riesgo son aquellos estresores o condiciones ambientales que aumentan la posibilidad de tener consecuencias negativas a nivel de salud física, mental o la adaptación social. Los más importantes son experiencias traumáticas, pobreza, conflicto familiar y exposición crónica a violencia. Los factores protectores son aquellos que reducen el riesgo de la persona a realizar distintas conductas

problemáticas que podrían llevar a un resultado negativo (Becoña, 2006). Por ejemplo, en un estudio realizado en Bogotá, en familias desplazadas por la violencia, se encontró que los factores que les permiten sobreponerse y reconstruir sus vidas son el desarrollar reflexiones en donde puedan resignificar su experiencia, así como el intentar reconstruir sus proyectos de vida, lo cual genera esperanza y confianza. Se menciona como fundamental, la unidad familiar y el soporte emocional que se brindan los integrantes de las familias. Otros factores relacionados fueron el buen humor y la construcción de nuevas redes de apoyo (González, 2014).

Así mismo, los cambios no se dan sólo a nivel individual, sino que la familia en conjunto presenta una serie de cambios como son la pérdida de seres queridos, la reorganización de los roles, la desintegración, los conflictos o la vinculación de nuevos miembros, entre otros. Esto permite observar la importancia de las redes familiares y sociales como recursos que permiten sobrellevar y enfrentar de una forma más adaptativa los nuevos retos a los que se ven expuestas estas personas, en concordancia con lo que se encontró en el estudio actual (Cifuentes Patiño, 2009).

Otros factores involucrados en el afrontamiento de situaciones adversas y la aparición o no de manifestaciones en la salud mental, referidos por los entrevistados con frecuencia, fueron la personalidad y los mecanismos de afrontamiento; en menor medida se describieron las creencias y la religión. En un estudio realizado en la ciudad de Medellín en familiares de víctimas de desaparición forzada, se encontró que la estrategia de enfrentamiento más frecuente fue la religión, siendo la religión un factor protector contra la aparición de depresión. Con respecto a la personalidad, se describe que son más vulnerables las personas y las comunidades con actitudes fatalistas y con barreras culturales y religiosas desfavorables al cambio, así como las que tienden a ser poco

solidarias (Giraldo Marín, Gómez Gómez, & Maestre Caro, 2008).

En el presente estudio, los profesionales describen diferentes tipos de alteraciones en los pacientes que han tenido la oportunidad de atender. Los profesionales de la salud mental, principalmente, mencionan la alta prevalencia de síntomas y trastornos depresivos y ansiosos, así como dos de ellos mencionan la baja frecuencia de TEPT y otro más menciona la relativa alta frecuencia de éste diagnóstico en su consulta. En consonancia con profesionales de la salud de otras áreas, mencionan otras alteraciones como la afectación de las relaciones interpersonales, la presencia de temor y desconfianza, así como la presencia de violencia intrafamiliar de forma no infrecuente.

Según el artículo “Lo que hemos aprendido sobre la atención a mujeres víctimas de violencia sexual en el conflicto armado colombiano”, las expresiones emocionales más frecuentemente asociadas a víctimas de violencia son: miedo, desconfianza, ansiedad, temor, sufrimiento, estrés y duelo (Wilches, 2010).

Se han descrito estudios que muestran que entre un 70 a 80% de las personas han tenido al menos una experiencia traumática o extrema en su vida, pero no todas tienen consecuencias psicológicas graves posterior a esto. Se menciona que, por ejemplo, en el caso del TEPT, sólo entre un 3% y un 15% de los supervivientes presentan alteraciones psicológicas complejas a largo plazo. Del 10% al 40% de los supervivientes pueden presentar algún síntoma aislado (pesadillas, evitación), que pueden interferir levemente en su vida, pero no generan alteración en su funcionamiento (Pérez Sales & Fernández Liria, 2015). Médicos sin Fronteras (2010) menciona en su artículo sobre conflicto armado y salud mental en el departamento de Caquetá, Colombia, que los diagnósticos

psiquiátricos más frecuentes en esta población de víctimas fueron: el trastorno adaptativo (18,68%); los problemas relacionales, de abuso o negligencia (17,55%); la depresión mayor (11,3%). En menor frecuencia se encontró el TEPT en un 1,5% (Medicos sin Fronteras, 2010), demostrando una baja frecuencia de éste diagnóstico, al igual que lo mostrado en los resultados del actual estudio.

Con respecto a la presencia de síntomas emocionales en victimarios, sin ser el foco del estudio, en algunas narrativas no predominantes se mencionó la mayor dificultad en éstas personas para perdonar y adaptarse a un nuevo contexto social. En el estudio “Síntomas y traumatismo psíquico en víctimas y victimarios del conflicto armado en el Caribe colombiano” del 2012, se encuentra la presencia de diferentes síntomas que muestran mayor prevalencia que en las víctimas, como, por ejemplo, tristeza y depresión en un 25%, agresividad en el 31.25%, trastornos del sueño, así como obsesiones y compulsiones en un 43.75% (Aristizábal, y otros, 2012). En otro estudio realizado en la Clínica La Paz en Bogotá, sobre la salud mental de desmovilizados de grupos armados, se encontró una prevalencia de TEPT en el 57%, mostrando una marcada diferencia con la prevalencia del mismo diagnóstico en las víctimas (Pérez Sales & Fernández Liria, 2015).

En el trabajo actual, se mencionaron además otros aspectos involucrados con la salud mental de las víctimas del conflicto, como es la percepción de los profesionales de la salud entrevistados de la falta de compromiso del Estado con esta población, además de las barreras de acceso a los servicios de salud y la poca visibilidad de las víctimas en el Hospital, a pesar de la introducción, en el año 2012, del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) por la ley 1448 o ley de víctimas (Unidad para la Atención y Reparación Integral a Víctimas, s.f.). En el estudio de “Transformación y resiliencia en familias desplazadas por la violencia hacia Bogotá” se resalta que, de nueve

familias con las que se trabajó, aproximadamente la mitad no recibieron ayuda alguna del Estado, en

unos casos por desinformación y en otros por falta de reconocimiento como desplazados (De la Espriella & Falla, 2009).

Con respecto a las consecuencias de trabajar con víctimas del conflicto armado, en la salud mental de los profesionales de la salud, no se encontró sintomatología psicopatológica, pero, la mayoría de ellos mencionaron presentar con frecuencia frustración, desesperanza, impotencia, indiferencia, además de elevados niveles de autoexigencia a nivel laboral, aunque lo limitan al momento de la atención en salud y a escasos días posteriores al evento. En este punto, surge la importancia de los conceptos de desgaste por empatía, traumatización vicaria y estrés traumático secundario, los cuales se presentan por la exposición, ocasional o prolongada, a relatos de víctimas de algún evento traumático. El primer concepto, según Figley es la compasión y la relación empática con alguien que se encuentra sufriendo, junto al deseo de resolverle su dolor, concepto que podría reflejar los síntomas que presenta la población estudiada (Solano, 2013). El segundo concepto se refiere a la presencia de un cambio en la percepción del mundo, el cuestionamiento de sus principios morales y valores, además de confusión, enojo y desesperanza, generando cambios en sus esquemas cognitivos (Pérez Fernandez, López , Martins, Mugaburu, & Muro, 2011). Por último, el tercer concepto o estrés traumático secundario, se refiere a la aparición de síntomas similares al trastorno por estrés postraumático, como la evocación del evento traumático, la evitación y la hipervigilancia. La diferencia con el Síndrome de Burnout, el cual se caracteriza por síntomas de agotamiento físico y psíquico, es que éste se relaciona con las características del lugar de trabajo y el estrés institucional (Rivillas

Bolaños, 2015) (Pérez Fernandez, López , Martins, Mugaburu, & Muro, 2011).

En dos estudios realizados en España en 2012 y 2014, con la participación de profesionales de la salud, se encontró una alta prevalencia de estos cuadros. Uno mostró una prevalencia de desgaste por empatía de 34,4% de un total de 227 entrevistados. El otro estudio encontró que aproximadamente 4 de cada 10 participantes presentaron alta frecuencia de conductas intrusivas, evitativas e hiperactivación, con mayor prevalencia en las mujeres (Montero, 2014).

Como se mencionó previamente, y sin ser el objeto de éste estudio, emergieron algunas narrativas alternativas relacionadas con la atención a victimarios o actores del conflicto armado. No se logró establecer a través de las narrativas si hubo mayor efecto negativo durante la atención a esta población en comparación con la atención a víctimas, lo cual podría tenerse en cuenta para futuros trabajos de investigación que estén dirigidos a profesionales de la salud que atienden victimarios del conflicto armado. En un estudio realizado en la Universidad Javeriana, en donde se medía el estrés laboral entre profesionales psicosociales que habían trabajado con personas en proceso de reintegración a la vida civil (excombatientes), se encontró que, efectivamente había alta incidencia de estrés laboral en estos profesionales, apoyando además otros estudios en donde se plantea la similitud en el nivel de burnout en profesionales que trabajan con víctimas de conflicto armado interno y aquellos que laboran con poblaciones en otras situaciones de vulnerabilidad (Aguirre Tovar & Novoa Gómez, s.f.).

Surgieron además diferentes estrategias para afrontar las consecuencias negativas percibidas por estos profesionales en su salud mental, encontrando que, al igual que los pacientes, las redes familiares y sociales fueron los factores de mayor importancia para

preservar el equilibrio y la salud mental. Dentro de estas redes mencionaron con alta frecuencia el comentar los casos con sus compañeros, así como asistir al servicio de psicología asistencial del Hospital. Refirieron además la importancia de la espiritualidad y la realización de actividades deportivas y lúdicas como la danza y la música, así como buscar las zonas rurales para evitar el estrés que genera la ciudad. Llama la atención que se recurre a la búsqueda de la compañía y consejo de los profesionales del servicio de psicología, pero no existe o no está explícita la presencia de un servicio de profesionales de la salud mental que esté dirigido exclusivamente a la atención de los profesionales del Hospital en general, ni a los profesionales de psicología en particular, lo cual es importante resaltar, puesto que esto podría generar una mayor carga emocional en el servicio de psicología que se dedica a la atención de pacientes. La mayoría de los profesionales comentaron la necesidad de reforzar las actividades del Hospital dirigidas a la prevención y detección de alteraciones en su salud mental, pues las ven escasas y poco específicas. En torno a esto, Pérez-Sales, P et al. (2015) mencionan las principales causas de desgaste emocional, como son: el agotamiento, por un ritmo excesivo de responsabilidades o trabajo; la sobre-implicación personal; la frustración de las expectativas de éxito; la ambigüedad e las tareas, lo cual genera confusión; por último, la falta de experiencia, entrenamiento o apoyo. Por esto, en el mismo texto se mencionan algunas intervenciones generales para profesionales de la salud, como la identificación de las fuentes de estrés individuales y colectivas, el reconocimiento temprano de reacciones emocionales, la definición clara de las tareas, el establecimiento de una buena comunicación interna, la evaluación de la toma de decisiones y el nivel de satisfacción con esto, además el garantizar la formación adecuada de los miembros del equipo, así como la creación de espacios de esparcimiento, reflexión y apoyo entre los compañeros. También recalcan la

importancia de mantener una buena salud física, tomar descansos y mantener contacto con familiares y amigos (Pérez Sales & Fernández Liria, 2015).

7. Capítulo siete: Conclusiones

1. La salud mental fue descrita por las personas entrevistadas desde un enfoque biopsicosocial, relacionándola con el bienestar integral, la armonía y equilibrio de varias áreas de la vida, así como el cubrimiento de todas las necesidades.
2. La percepción de persistencia de estigmatización de los pacientes con síntomas psiquiátricos por parte de otros profesionales de la salud, fue mencionada por la mayoría de participantes del estudio.
3. Con frecuencia estos profesionales observan síntomas y trastornos depresivos, ansiosos y de adaptación en las víctimas que atienden en el Hospital. Por el contrario, sólo un participante (psicólogo) refirió la alta frecuencia de TEPT en su consulta.
4. Llama la atención que estas víctimas no consultan inicialmente por el hecho de ser desplazados, y en muchas ocasiones no son reconocidos como tal, llevando a que sea una población poco identificada en este Hospital, lo que genera la duda acerca de si el motivo es la desinformación de los pacientes o la poca exploración de las condiciones sociodemográficas por parte del Hospital o los trabajadores de las diferentes áreas de la salud.

5. Las condiciones determinantes más importantes identificadas en relación a la salud mental, en las víctimas de conflicto armado atendidas por estos profesionales, fueron la resiliencia principalmente, pero también se mencionan las redes familiares y otras redes sociales como la comunidad, los mismos prestadores de servicios de salud y el Estado.
6. Los entrevistados no sienten aversión hacia el trabajo con esta población vulnerable, y, aunque las repercusiones emocionales no son infrecuentes, no se han llegado a configurar trastornos psiquiátricos mayores en ninguno de ellos, logrando sobreponerse a estas a través de las redes de apoyo familiares, compañeros de trabajo y actividades lúdicas diversas.
7. Se evidencia la insatisfacción de la mayoría de los participantes con las escasas medidas del Hospital en relación a la detección, prevención y, eventualmente, tratamiento de la sintomatología a nivel mental que pudiera presentarse asociada al ejercicio de su labor, por lo cual se intenta hacer visible esta insatisfacción para que así se logren tomar decisiones al respecto, que beneficien al personal de salud y a la institución.
8. Se identifica una alta búsqueda de consejo y asesoría de los profesionales entrevistados al grupo de psicología del Hospital, incluyendo a los mismos psicólogos, lo cual podría ser evaluado por parte de la misma institución, para determinar si esto es conveniente para este grupo de profesionales y cuál sería la mejor estrategia a implementar como alternativa.
9. Surgen narrativas sobre la afectación de la salud mental de los victimarios, no siendo este el foco del estudio, no se ahondó en cuáles son las repercusiones en la salud mental de los profesionales que los atienden y si estas son mayores que las posibles alteraciones que podrían aparecer durante la atención a víctimas. Esto permite recomendar la ampliación de otras investigaciones que estudien este fenómeno.

10. A partir del presente estudio, se hace evidente la necesidad de fortalecer el cuidado de la salud mental de los profesionales de la salud, dados los posibles efectos que se pueden generar como resultado de su ocupación. Por esto, es importante establecer medidas preventivas a nivel institucional que permitan disminuir los riesgos de presentar consecuencias negativas a nivel de salud mental derivados de su trabajo.

A. Anexo: Guía de entrevista focalizada

Primera parte:

Número de orden	Tópico	Preguntas	Subpreguntas
1.	Narrativas sobre salud mental en general que manejan los trabajadores de la salud que han atendido población víctima del conflicto armado en el Hospital Meissen durante el año 2015.	¿Qué entiende por salud mental?	<p>¿Cuál es su concepto de salud mental?</p> <p>¿Considera que el concepto de salud mental difiere entre los diferentes profesionales de la salud, en general?</p> <p>¿Y difieren los conceptos sobre salud mental que manejan diferentes tipos de profesionales de la salud que se encuentran en su mismo contexto laboral?</p>

Fuente: elaboración propia.

Segunda parte:

Número de orden	Tópico	Preguntas	Subpreguntas
2.	Narrativas de los profesionales de la salud acerca de cómo perciben la salud mental de los pacientes víctimas del conflicto armado a lo largo del proceso de atención.	¿Cómo se expresa la salud mental en las víctimas del conflicto armado? (positiva y negativamente)	<p>¿Desde su punto de vista como trabajador de la salud, cómo caracterizaría la salud mental de las personas víctimas del conflicto armado atendidas en el hospital?</p> <p>¿De qué forma se ve modificada la salud mental de las personas expuestas al conflicto armado, según su experiencia en atención a esta población?</p> <p>¿Cuáles, según su experiencia en la institución, serían las manifestaciones negativas y positivas más frecuentemente expresadas en la salud mental de esta población sometida a la adversidad del conflicto armado?</p> <p>¿Qué condiciones (individuales, familiares, sociales, institucionales) considera que influyen en que una víctima de la violencia manifieste afectaciones positivas o negativas en su salud mental como consecuencia de la adversidad vivida en el marco del conflicto armado?</p> <p>¿Podría describir algunos ejemplos de afectaciones positivas y negativas de la salud mental de personas sometidas a la adversidad del conflicto armado, según su experiencia en el Hospital?</p>

Fuente: elaboración propia.

Tercera parte:

Número de orden	Tópico	Preguntas	Subpreguntas
3.	Vivencias de los trabajadores de la salud en el marco de su ocupación dentro del programa e influencia percibida en su propia salud mental.	<p>¿Cuál ha sido su vivencia en el marco de su trabajo en el Hospital?</p> <p>¿Qué influencia percibe que ha tenido esta labor en su salud mental? (positiva y negativamente)</p>	<p>¿Considera ha habido algún cambio en relación a su salud mental relacionado con la atención a víctimas del conflicto armado durante el periodo trabajado en el Hospital Meissen?</p> <p>¿Cómo ha sido la experiencia de trabajar con este tipo de población?</p> <p>¿Cuáles afectaciones positivas y negativas a su salud mental han percibido como resultado de su trabajo con esta población?</p> <p>¿Qué estrategias ha utilizado para manejar las afectaciones negativas de su salud mental?, ¿Y para ampliar las afectaciones positivas?</p>

Fuente: elaboración propia.

B. Anexo: Formato de consentimiento informado

Yo _____ doy mi consentimiento para que me entreviste la Dra. Carolina Álvarez, Médica de la Universidad de Manizales y residente de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia, en el marco de la realización del proyecto de investigación sobre **“Narrativas Sobre Salud Mental En Profesionales De La Salud Que Han Tenido A Su Cargo La Atención A Víctimas Del Conflicto Armado. Hospital Meissen, Bogotá, 2015.”**, realizado dentro de las líneas de trabajo del grupo de investigación “Violencia y Salud” adscrito a la Universidad Nacional de Colombia.

Este estudio proporcionará bases para comprender la percepción de los trabajadores de la salud involucrados en la atención de víctimas del conflicto armado interno en el Hospital Meissen, en torno a cómo comprenden ellos la salud mental, como perciben las interacciones entre su propia salud mental y las tareas relativas a su ocupación en atención a víctimas, y en torno a cómo el conflicto armado ha hecho mella en las personas directamente afectadas especialmente en su salud mental. Entiendo que seré entrevistada/o en _____ y en los horarios que me convengan.

Se me harán preguntas sobre la atención en salud que presto en relación con los

pacientes Víctimas del Conflicto Armado atendidos en el Hospital de Meissen, así como sobre los efectos que percibo sobre mi salud en virtud de la prestación de ese servicio. Las entrevistas tendrán una duración aproximada de 40 minutos a 1 hora y serán grabadas para poder ser analizadas posteriormente. Es también de mi conocimiento que la entrevistadora puede ponerse en contacto conmigo en el futuro a fin de obtener más información sobre los mismos temas tratados en la entrevista inicial.

Entiendo que fui seleccionada/o para participar porque hago parte de un grupo de personas que ha tenido relación con la atención en salud mental en el Hospital Meissen para personas víctimas del conflicto armado en calidad de funcionario/a, y porque la zona donde se ubican éstos servicios fue seleccionada para el estudio.

He consentido libremente ésta entrevista, se me ha notificado que es totalmente voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha dicho que mis respuestas no serán reveladas a nadie de manera separada del análisis general efectuado por el estudio y que en ningún informe de éste estudio se me identificará por mi nombre, siendo utilizada solamente referencia general a mi calidad de funcionario del Hospital Meissen. Entiendo y acepto que tal confidencialidad es la estrategia empleada por el equipo investigador para proteger mi intimidad. También se me ha dicho que tanto si participo como si no lo hago, o si me rehúso a responder alguna pregunta, no se verán afectados los servicios de salud que presto en el Hospital Meissen.

Entiendo y acepto que por participar en éste estudio no recibiré beneficio directo, más allá de aquel recibido por la comunidad, los profesionales de la salud y futuros usuarios de

servicios de salud para atención de personas víctimas del conflicto armado, mediante el conocimiento que se genera por ésta investigación. Igualmente entiendo y acepto que no recibiré ningún tratamiento en salud por parte del equipo investigador, ni se me practicará ningún examen físico ni de laboratorio; solamente se conversará conmigo sobre la atención en salud prestada y los efectos sobre mi salud o la de la superviviente atendida.

Se me ha preguntado si tengo alguna duda sobre el estudio en éste momento y es de mi conocimiento que los resultados finales de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que la persona del equipo de investigación que debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos como participante en el mismo es la Dra. CAROLINA ÁLVAREZ, investigadora principal.

Dicha persona puede ser localizada mediante una llamada al número: _____

Fecha _____

Nombre del entrevistado _____

Firma del entrevistado _____

C.C. o T.I. del entrevistado _____

Nombre del entrevistador _____

Firma del entrevistador

C.C. del entrevistador

Nombre del testigo

Firma del testigo

C.C. del Testigo

Bibliografía

- Aguirre Tovar, D., & Novoa Gómez, M. (s.f.). *Estrés laboral y estilos de interacción entre profesionales psicosociales y personas en proceso de reintegración a la vida civil*. Recuperado el 20 de Octubre de 2016, de <http://www.reintegracion.gov.co/es/la-reintegracion/centro-de-documentacion/Documentos/Estr%C3%A9s%20laboral%20y%20estilos%20de%20interacci%C3%B3n%20entre%20profesionales%20psicosociales%20y%20personas%20en%20Proceso%20de%20Reintegraci%C3%B3n%20a%20la%20v>
- Alcaldía Mayor de Bogotá DC. (s.f.). Diagnóstico local con participación social 2009 - 2010. Bogotá. Recuperado el 15 de Octubre de 2016, de <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Diagnosticos%20Locales/04-SAN%20CRISTOBAL.pdf>
- Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación. (s.f.). Recuperado el 08 de Octubre de 2016, de <http://www.victimاسبogota.gov.co/?q=Asistencia%20y%20Atenci%C3%B3n>
- Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación. (s.f.). Recuperado el 18 de Abril de 2015, de Víctimas Bogotá: <http://www.victimاسبogota.gov.co/>
- Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación. (s.f.). Recuperado el 16 de Octubre de 2016, de Víctimas Bogotá - Ciudad Bolívar debe convertirse en referente de la superación del conflicto armado interno en Bogotá: http://www.victimاسبogota.gov.co/?q=CIUDAD_BOLIVAR_DEBE_CONVERTIRSE_EN_REFERENTE_DE_LA_SUPERACION_DEL_CONFLICTO_ARMADO_INTERNO_EN%20BOGOT%C3%81
- Aristizábal, E., Palacio, J., Maldariaga, C., Osman, H., Parra, L., Rodriguez, J., & López, G. (2012). Síntomas y traumatismo psíquico en víctimas y victimarios del conflicto armado en el Caribe colombiano. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 123-152.

- Recuperado el 16 de Mayo de 2015, de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1550/3902>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*, 11(3), 125 - 146. Recuperado el 15 de Enero de 2015, de [http://aepcp.net/arc/01.2006\(3\).Becona.pdf](http://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf)
- Bolívar Botía, A. (2002). "¿De nobis ipsis silemus?". Epistemología de la investigación biográfico - narrativa en educación. 4. Encenada, Mexico. Recuperado el 18 de Mayo de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/155/15504103.pdf>
- Bolívar, A., & Domingo, J. (09 de 2006). La investigación bibliográfica y narrativa en iberoamérica: campos de desarrollo y estado actual. *Forum: Qualitative Social Research*, 7(4). Recuperado el 05 de Mayo de 2015, de https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Bolivar/publication/306439120_Biographical_and_Narrative_Research_in_Iberoamerica_Emergency_Development_and_State_Fields/links/57bdd3ff08aed246b0f7117e.pdf?origin=publication_list
- Campos Méndez, R. (2015). *Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de burnout en profesionales de centros de mayores en extremadura [Tesis Doctoral]*. Extremadura: Universidad de Extremadura. Recuperado el 05 de Mayo de 2015, de http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/3087/TDUEX_2015_Campos_Mendez.pdf?sequence=1
- Céspedes García, M. P., & Villarraga García, C. (2011). *Abriendo caminos en el re-cuento de las historias. La rescritura y la remembranza como agentes movilizadores de procesos terapéuticos en la deconstrucción de historias dominantes, con niños, niñas y sus familias en situación de desplazamiento forzado*. Bogotá. Recuperado el 05 de Mayo de 2015, de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/1944/CespedesGarciaMariaPaula2011.pdf;jsessionid=C4ABEE88AD89BB92AE829D42F248B482?sequence=1>
- Charon, R. (2001). A model for empathy, reflection, profession, and trust. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1897-1902. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194300>
- Cifuentes Patiño, M. R. (06 de 2009). Familia y conflicto armado. *Trabajo Social*, 11. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/download/14545/15397>
- Coalición Colombiana Contra la Tortura. (2014). Situación de Tortura en Colombia. Bogotá. Recuperado el 07 de Mayo de 2015, de <http://relapt.usta.edu.co/images/Coalicion-Colombiana-contra-la-Tortura-Situacion-de-Tortura-2014.pdf>

-
- Columbia University. (s.f.). *Columbia University. School of Professional Studies*. Recuperado el 07 de Junio de 2015, de Narrative Medicine: <http://sps.columbia.edu/narrative-medicine/faculty/rita-charon>
- Comité Internacional de la Cruz Roja [CICR]. (2014). Colombia: Situación Humanitaria. Bogotá. Recuperado el 17 de Mayo de 2015, de <https://www.icrc.org/spa/assets/files/2014/04-09-colombia-annual-report-2013-full-version.pdf>
- Comité Permanente Entre Organismos [IASC]. (2007). *Guías del IASC sobre la mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes.L-131-IASC-2007-313*. Recuperado el 16 de Mayo de 2015, de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2008/6410.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (1997). *Ley 387 de 1997*. Recuperado el 18 de Septiembre de 2015, de www.disaster-info.net/desplazados/legislacion/Ley387de1997.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (06 de 2011). Ley 1448 de 2011, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas de conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Bogotá. Recuperado el 07 de Enero de 2015, de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=43043>
- Congreso de la República de Colombia. (21 de 01 de 2013). Ley 1616 de 2013. Recuperado el 10 de Enero de 2015, de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- Conrad , D. (2011). Trauma secundario y profesionales de ayuda: entendiendo su impacto y tomando medidas para su prevención. *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*, 20(2), 1-5. Recuperado el 17 de Mayo de 2015, de https://c.ymcdn.com/sites/www.ispcan.org/resource/resmgr/link/ispcan_link_20.2.spanish.pdf
- Corporación Viva la Ciudadanía. (2013). Ruta de derechos de las víctimas: Ley de víctimas y restitución de tierras. decretos reglamentarios y decretos para etnias. Bogotá, D.C. Recuperado el 07 de Abril de 2015, de http://viva.org.co/pdfs/victimas/La_Ruta_de_los_Derechos_de_las_Victimas.pdf
- Cruz, J. M. (1999). La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. *Revista Panamericana de salud pública*, 5,

- 259-267. Recuperado el 16 de Mayo de 2015, de <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v5n4-5/v5n4a5.pdf>
- Cueto Saldibar, R. (2008). *La salud mental de las comunidades afectadas por el conflicto armado interno en el Perú [Tesis de Maestría]*. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Recuperado el 18 de Mayo de 2015, de https://www.researchgate.net/publication/283054640_LA_SALUD_MENTAL_DE_LAS_COMUNIDADES_AFECTADAS_POR_EL_CONFLICTO_ARMADO_INTERNO_EN_EL_PERU_Representaciones_Sociales_del_personal_de_salud_del_Ministerio_de_Salud_MINSA
- De la Espriella, R., & Falla, J. (2009). Reflexiones sobre la atención en salud mental de desmovilizados de grupos armados en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 230-247. Recuperado el 16 de Mayo de 2015, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000200002
- De la Hoz Bohórquez, G. (2013). Comportamiento del Homicidio, Colombia, 2013. Recuperado el 16 de Mayo de 2015, de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+2-+homicidio.pdf/2af79b03-2a12-4341-a9a7-c3d9a251c38f>
- Equipo de Investigación Casa de la Mujer. (2011). Primera encuesta de prevalencia , violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano 2001 - 2009. Bogotá. Recuperado el 15 de Febrero de 2015, de <http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2011-03-23-Report-Espanol.pdf>
- Espié, E., Gaboulaud, V., Baubet, T., Casas, G., Mouchenik, Y., Yun, O., . . . Moro, M. (09 de 2009). Trauma-related psychological disorders among Palestinian children and adults in Gaza and West Bank, 2005-2008. *International Journal of Mental Health Systems*, 3(21). Recuperado el 16 de Mayo de 2015, de <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-3-21>
- Fiscó, S. (2005). Atroces realidades: la violencia sexual contra la mujer en el conflicto armado colombiano. 17. Papel Político. Recuperado el 18 de Mayo de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/777/77720407004.pdf>
- Fundación País Libre. (2013). Indicadores de Secuestro en Colombia 2003 - 2012. Bogotá. Recuperado el 15 de Mayo de 2015, de <http://www.verdadabierta.com/documentos/victimas-1/general-3/458-informe-pais-libre-2013>
- Galtung, J. (1981). Contribución específica de la irenología al estudio de la violencia: tipologías. *La violencia y sus causas*, 91-106.

-
- Gaviria Betacur, P., Morales, M. E., & Rueda Rojas, A. (s.f.). Cartilla para Jueces de Restitución de Tierras. Recuperado el 19 de Abril de 2015, de http://escuela.unidadvictimas.gov.co/cartillas/Jueces_tierras.pdf
- Giraldo Marín, L., Gómez Gómez, J., & Maestre Caro, K. (2008). Niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en familiares de víctimas de desaparición forzada en la ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 27-33. Recuperado el 16 de Mayo de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023503005.pdf>
- Giraldo, D., & González, E. (2013). *Investigación cualitativa: un recorrido por el interior del ser*. (U. P. Bolivariana, Ed.) Medellín, Colombia.
- González, C. (08 de 2014). Transformación y resiliencia en familias desplazadas por la violencia hacia Bogotá. *Revista de estudios sociales*, 18, 123-130. Recuperado el 16 de Mayo de 2015, de <https://res.uniandes.edu.co/view.php/379/view.php>
- Harrison, R., & Westwood, M. (06 de 2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: identifying protective practices. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 46(2), 203-219. Recuperado el 20 de Agosto de 2016, de <http://psycnet.apa.org/journals/pst/46/2/203/>
- Londoño, N., Muñiz, O., Correa, J., Patiño, C., Jaramillo, G., Raigoza, J., . . . Rojas, C. (2005). Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(4), 493-505. Recuperado el 16 de Mayo de 2015, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400003
- Lovecchio, C. (2009). *Ética y medicina narrativa: una perspectiva filosófica [Tesis Doctoral]*. Salamanca: Universidad de Salamanca. Recuperado el 10 de Enero de 2015, de http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/76290/1/DFLFC_LovecchioC_EticayMedicinaNarrativa.pdf
- Marcos, F. R., & Pineda Ariza, L. F. (2013). Colombia: entre la crisis humanitaria y la esperanza de la Paz. Madrid. Recuperado el 23 de Mayo de 2015, de https://www.iecah.org/images/stories/publicaciones/informes/descargas/Informe8_2013.pdf
- Marín Monsalve, C., Palacio Suaza, Y., Orrego Barrios, Y., & Aguirre Acevedo, D. (2008). Descripción del estado de salud mental y estrategias de afrontamiento en víctimas de asalto a mano armada en la ciudad de Medellín (Colombia). *International Journal*

- of Psychological Research*, 1(2), 31-40. Recuperado el 10 de Enero de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508005.pdf>
- Mebarack, M., De Castro, A., Salamanca, M., & Quintero, M. (2009). Salud Mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, 23, 83-112. Recuperado el 10 de Enero de 2015, de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a06.pdf>
- Medicos sin Fronteras. (2010). Tres veces víctimas. Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono. *Conflicto armado y salud mental en el departamento de Caquetá, Colombia*. Recuperado el 18 de 05 de 2015, de http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI_2776.pdf
- Mejía Navarrete, J. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. IV, 165-180. Recuperado el 15 de Enero de 2015, de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/viewFile/6851/6062>
- Ministerio de Salud. (04 de 10 de 1993). Resolución N° 008430 de 1993. Bogotá, Colombia. Recuperado el 10 de Enero de 2015, de https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
- Montero, F. (2014). *Estudio de factores psicológicos y conductas de autocuidado asociados a procesos de estrés traumático secundario en profesionales de la salud mental [Tesis Doctoral]*. Montevideo: Universidad de la República. Recuperado el 17 de Mayo de 2015, de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/4458/1/Federico%20Montero.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.). Recuperado el 16 de Abril de 2015, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
- Pearlman, L., & McKay, L. (2008). Estrés traumático secundario. Resumen de CARE de: Understanding and addressing vicarious trauma. Headington Institute. Recuperado el 18 de Mayo de 2015, de http://www.headington-institute.org/files/vicarious-trauma-handout-in-latin-american-spanish_86567.pdf
- Pérez Fernandez, J., López, A., Martins, T., Mugaburu, I., & Muro, S. (2011). El apoyo psicológico a los profesionales de la emergencia. Recuperado el 04 de Abril de 2015, de <http://coepsique.org/wp-content/uploads/2011/12/Apoyo-Psicol%C3%B3gico-a-los-profesionales-de-la-emergencia.pdf>
- Pérez Olmos, I., Fernández Piñeres, P., & Rodado Fuentes, S. (2005). Prevalencia del trastorno por estrés postraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca,

-
- Colombia. *Revista de Salud Pública*, 7(3), 268-280. Recuperado el 10 de Enero de 2015, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642005000300003
- Pérez Sales, P., & Fernández Liria, A. (2015). Violencia y trauma. Del trabajo comunitario a la psicoterapia. 22-24.
- Pineda, D., Guerrero, O., Pinilla, M., & Estupiñán, M. (Enero de 2002). Utilidad de un cuestionario para rastreo del estrés postraumático en una población colombiana. *Revista Neurológica*, 34(10), 911-916. Recuperado el 10 de Enero de 2015, de <http://www.neurologia.com/pdf/web/3410/m100911.pdf>
- Radio Macondo*. (27 de 06 de 2016). Recuperado el 09 de Octubre de 2016, de Radio Macondo; Los retos de la salud mental en el posconflicto: <http://radiomacondo.fm/2016/06/27/los-retos-salud-mental-posconflicto/>
- Rivillas Bolaños, C. (2015). *Visión integradora de la traumatización vicaria [Tesis de Pregrado]*. Mayorca: Universidad de las Islas Baleares. Recuperado el 16 de Octubre de 2016, de <http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/1516/Rivillas%20Bolan%CC%83os,Catalina.pdf?sequence=1>
- Robles, B. (09-12 de 2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. 39-49. Recuperado el 10 de Enero de 2015, de <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj3kYu2673QAhWDdSYKHYW8DhIQFggbMAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.inah.gob.mx%2Findex.php%2Fcuicuilco%2Farticle%2Fdownload%2F3957%2F3837&usg=AFQjCNGI7HYMDmFNIDuy86CfZQ>
- Rodríguez Díaz, P. (2014). *Análisis sobre la percepción social de profesionales sanitarios y de la comunidad sobre la enfermedad mental [Tesis de Pregrado]*. Jaén: Universidad de Jaén. Recuperado el 11 de Noviembre de 2016, de http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1347/1/TFG_RodriguezDiaz,PiedadMaria.pdf
- Rojas Andrade, G., & Hurtado, P. (2014). Grupos posdesmovilización y desplazamiento forzado en Colombia: Una aproximación cuantitativa. *Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, Vol 5*. Recuperado el 16 de Octubre de 2016, de http://www.codhes.org/~codhes/images/Articulos/GPD_y_desplazamiento_forzado_en_Colombia.pdf

- Ruta Pacífica de las Mujeres. (2013). La verdad de las mujeres. Víctimas del conflicto armado en Colombia Tomo 1. Bogotá. Recuperado el 10 de Enero de 2015, de <http://centromemoria.gov.co/wp-content/uploads/2015/06/La-verdad-de-las-mujeres-en-medio-del-conflicto-.pdf>
- Salgado Lévano, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. (LIBERABITH, Ed.) Lima, Perú. Recuperado el 18 de Mayo de 2015, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2766815.pdf>
- Sánchez Padilla, E., Casas, G., Grais, R. F., Hustache, S., & Moro, M.-R. (12 de 2009). The Colombian conflict: a description of a mental health program in the Departament of Tolima. *Conflict and Health*, 3(1). Recuperado el 16 de Mayo de 2015, de <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-3-13>
- Santiago, H., Winter Navarro, M., León Pérez , P., & Navarrete Betancort, E. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Revista de Mental y Psiquiatría Comunitaria*, XIV(55), 103-111. Recuperado el 10 de Noviembre de 2016, de http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/el-estigma-hacia-personas-con-enfermedad-mental-en-profesionales-sanitarios-del-hospital-general/#
- Secretaría Distrital de Salud. (04 de 2016). Diagnóstico local con participación social Ciudad Bolívar. Bogotá: Hospital Vista Hermosa. Recuperado el 15 de Abril de 2016, de http://www.hospitalvistahermosa.gov.co/web/node/sites/default/files/boletines_2015/Diagnostico%20Diferencial/Diagnostico_Local_2014_Capitulos1,2y3_Preliminar_%2012Abril2016.pdf
- Sinisterra Mosquera, M., Figueroa Lozano, F. S., Moreno Gutiérrez, V., Robayo , M., & Sanguino Leal, J. (07-12 de 2010). Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en población en situación de desplazamiento de la localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá, Colombia 2007. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(2), 83-97. Recuperado el 16 de Octubre de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v4n2/v4n2a08.pdf>
- Solano, J. J. (2013). *Desgaste por empatía en psicólogos (estudio a realizarse en el colegio de psicólogos de Quetzaltenango) [Tesis de Licenciatura]*. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar. Recuperado el 16 de Agosto de 2016, de <http://coepsique.org/wp-content/uploads/2011/12/Desgaste-por-empat%C3%ADa-en-psic%C3%B3logos.pdf>

-
- Somasundaram , D. (05 de 2002). Child soldiers: understanding the context. *British Medical Journal*, 324(1268). Recuperado el 10 de Enero de 2015, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1123221/>
- Summerfield, D. (2000). War and mental health: a brief overview. *British Medical Journal*, 321, 232. Recuperado el 10 de Enero de 2015, de <http://www.bmj.com/content/321/7255/232>
- Tello Pedraza, J. E. (2013). Exámenes medicolegales por presunto delito sexual, Colombia, 2013. Recuperado el 25 de Julio de 2015, de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+8-+delito+sexual.pdf/b733218a-c476-4215-989d-e490635af6c6>
- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (2014). Índice de Riesgo de Victimización 2010-2014. Bogotá. Recuperado el 07 de Mayo de 2015, de http://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/LIBRO%20IRV%202010%20-%202014_0.pdf
- Unidad para la Atención y Reparación Integral a Víctimas. (s.f.). *Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas*. Recuperado el 10 de Enero de 2015, de <http://papsivi.ac-colombia.net/atencionGuaj.html>
- Unidad Para las Víctimas. (2016). *Registro único de víctimas*. Recuperado el 08 de Octubre de 2016, de <http://rni.unidadvictimas.gov.co/RUV>
- Vaughan , B., Méndez, F., Martínez , C., Palma, P., & Bosch, M. (11 de 2012). Characteristics of the colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Conflict and Health*. Recuperado el 16 de Mayo de 2015, de <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-6-10>
- Vázquez Navarrete, M. L., Mogollón Pérez, A. S., & García Gil, M. d. (03-04 de 2003). Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Revista Española de Salud Pública*, 77(2), 257-266. Recuperado el 16 de Mayo de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/170/17077208.pdf>
- Verdad Abierta*. (s.f.). Recuperado el 19 de Abril de 2015, de Estadística de minas antipersona y munición sin explotar: <http://www.verdadabierta.com/cifras/3830-estadisticas-de-minas-antipersona-y-municion-sin-explotar>
- Verdad Abierta*. (05 de 02 de 2012). Recuperado el 02 de Octubre de 2016, de Estadísticas del desplazamiento: <http://www.verdadabierta.com/component/content/article/173-estadisticas/3829-estadisticas-de-desplazamiento>

- Verdugo, M., & Martín, M. (08 de 2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 2(4). Recuperado el 30 de Octubre de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242507>
- Villa, W., & Houghton, J. (2005). Violencia política contra los pueblos indígenas en Colombia 1974 - 2004. Bogotá. Recuperado el 05 de Abril de 2015, de <http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/VIOLENCIA%20POLITICA.pdf>
- Villalba Quesada, C. (01 de 2004). El concepto de resiliencia. Aplicaciones en la intervención social. Recuperado el 20 de Agosto de 2015, de https://www.researchgate.net/publication/266455923_El_Concepto_de_Resiliencia_Aplicaciones_en_la_Intervencion_Social_EL_CONCEPTO_DE_RESILIENCIA_APLICACIONES_EN_LA_INTERVENCION_SOCIAL
- Wilches, I. (2010). Lo que hemos aprendido sobre la atención a mujeres víctimas de violencia sexual en el conflicto armado colombiano. *Revistas de Estudios Sociales*, 36. Recuperado el 10 de Enero de 2015, de <https://res.uniandes.edu.co/view.php/652/1.php>
- Wojnar, D., & Swanson, K. (09 de 2007). Phenomenology: an exploration. *Journal of Holistic Nursing*, 25(3), 172. Recuperado el 11 de Enero de 2015, de http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032563.pdf